



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIA

**CAPACITAÇÃO DO AUTO CUIDADO
TRANSFERIR-SE NA PESSOA COM DÉFICE DE
MOBILIDADE**

Fátima M. P. Conceição Cano nº 170531125

Orientação: Professora Doutora Gorete Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Défice de Mobilidade



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**CAPACITAÇÃO DO AUTO CUIDADO TRANSFERIR-SE
NA PESSOA COM DÉFICE DE MOBILIDADE**

Fátima M. P. Conceição Cano nº 170531125

Orientação: Professora Doutora Gorete Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Agradecimentos

Agradeço a todos os que tiveram a devida paciência para os meus longos momentos de ausência em especial o meu marido e filhos, pelos momentos que os privei da minha presença e em que não abonava de a boa disposição e atenção que eles tanto merecem. A todos os que permaneceram nos bastidores desta história e que sem eles tudo seria mais difícil, um muito obrigado

À Professora Gorete pela disponibilidade, simpatia e carinho que me dedicou

Resumo

O presente relatório pretende explicar o processo de aquisição de competências, as atividades desenvolvidas no Estágio Final e, dar a conhecer os resultados de um programa de reabilitação. A literatura orienta para a importância de uma abordagem multidisciplinar e detalhada nos doentes com mobilidade comprometida incapazes de satisfazer a realização do autocuidado transferir-se. Partindo da identificação de tal compromisso, desenvolveu-se um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação em tina e três doentes internados na UAVC e Serviço de Ortopedia, do HESE, visando a capacitação do autocuidado transferir-se na promoção da autonomia nos doentes com déficit de mobilidade. A metodologia de investigação-ação participativa e a análise reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências permitiram ajuizar os resultados obtidos. Os doentes que integraram o programa desenvolveram competências e melhoraram os níveis de funcionalidade, concorrendo para aumentar a sua autonomia e independência. O programa de reabilitação implementado revela ganhos em saúde, os dados obtidos e a reflexão realizada permitem afirmar a concretização do processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Equilíbrio corporal, Déficit de mobilidade, Treino funcional, Funcionalidade.

Abstract

This report aims to describe the process of acquisition of skills; the activities developed in the Final Stage and evidence the results of a rehabilitation program. The literature focuses on the importance of a multidisciplinary and detailed approach in patients with impaired mobility who are unable to satisfy self-care, such as self-care being transferred. Based on the identification of this commitment, a rehabilitation Nursing intervention plan was developed in ink and three patients were admitted to the UAVC and Orthopedics Service, aiming at the empowerment of self-care to be transferred in the promotion of autonomy in patients with mobility deficits. The participatory action research methodology and the reflexive analysis about the competency development process allowed us to judge the results obtained. Patients in the program have developed skills and improved levels of functionality, increasing their autonomy and independence. The implemented rehabilitation program reveals health gains, the data obtained and the reflection carried out allow to affirm the realization of the process of acquisition of skills of specialist nurse and master.

Key-words: Rehabilitation Nursing, Body balance, Mobility deficit, Functional training, Functionality.

“A vida é como andar de bicicleta. Para manter o equilíbrio você deve continuar em movimento”

Albert Einstein

ÍNDICE DE FIGURAS

	... pág.
Figura nº 1 - Área de abrangência da unidade hospitalar HESE	29
Figura nº 2 - Fluxograma do plano de intervenção	86
Figura nº 3 – Etapas de intervenção profissional	87
Figura nº 4 - Estratégias de Intervenção Profissional e Resultados Esperados	88
Figura nº 5 - Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas	101
Figura nº 6 - , Referencia à condição de saúde da amostra	103
Figura nº 7 - Indicadores da funcionalidade na primeira avaliação (T1)	106
Figura nº 8 - Resultados da capacidade transferir-se em T1	108
Figura nº 9 - Dados da funcionalidade em T1 e T2	111
Figura nº 10 - Diferença na funcionalidade em dois momentos da avaliação.	114

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico nº 1 Índice de envelhecimento da população portuguesa	34
Gráfico nº 2 Tipo de dificuldades na realização das atividades da população com 65 e mais anos de idade	35
Gráfico nº 3 Distribuição da amostra segundo o grupo etário	101

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO I – NIHSS-National Institute of Health Stroke Scale	CLIX
ANEXO II – MMEM -Mini-Exame do Estado Mental.....	CLX
ANEXO III – Escala Visual Analógica de Dor	CLXIV
ANEXO IV – Escala de Lower	CLXIII
ANEXO V – Escala de Equilíbrio de Berg.....	CLXIV
ANEXO VI – Índice de Barthel	CLXV
ANEXO VII – Escala de Queda de Morse	CLXVI
ANEXO VIII – Parecer e autorização para a realização do estudo	CLXVII
APÊNDICE I. Consentimento Informado, livre e esclarecido	CLXIX
APÊNDICE II. Projeto de Intervenção Profissional	CLXX

LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD's- Atividades de Vida Diárias

CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EEB – Escala de Equilíbrio de Berg

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER- Enfermeiro Especialista de Reabilitação

EQM – Escala de Queda de Morse

HESE, EPE- Hospital do Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial

IB – Índice Barthel

ICN- International Council of Nurses

NIHSS-National Institute of Health Stroke Scale

MMEM -Mini-Exame do Estado Mental

OE- Ordem dos Enfermeiros

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

PTA – Prótese total da anca

PTJ – prótese total do joelho

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RFM – Reeducação Funcional Motora

T1 – Primeira avaliação

T2- Avaliação Final

UC- Unidade Curricular

UAVC- Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UAVC's – Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Déficit de Mobilidade

INTRODUÇÃO	13
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	20
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	27
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL.	27
2.2. UAVC - HESE	29
2.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA – HESE	31
2.4. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	34
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	37
3.1. PROBLEMÁTICA ASSOCIADA AO CONTEXTO DE ESTÁGIO	46
4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	55
5.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA.....	57
5.2. METODOLOGIA.....	74
5.2.1. População e Amostra	75
5.2.2. Variáveis e Instrumentos de Colheita de Dados	76
5.2.3. Plano de Intervenção	85
5.2.4. Procedimentos éticos e consentimento	98
5.3. RESULTADOS	99
5.3.1. Diferenças na funcionalidade antes e após o plano de intervenção	112
5.4. Discussão dos resultados do plano de intervenção profissional	114
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	121
6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	122
6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	125
6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	128

7. CONCLUSÃO	131
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133

INTRODUÇÃO

O presente Relatório, foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Associação das Escolas Superiores de Enfermagem São João Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal no contexto da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, ramo de Enfermagem de Reabilitação (ER).

O relatório é uma sistematização do desenvolvimento de um projeto de intervenção (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010) que permite a interpretação da informação e do conhecimento de modo sintetizado (Schiefer, Bal-Dobel, Batista, Dôbel, Nogueira& Teixeira, 2006).

Peixoto e Peixoto (2016), salientam também que a prática reflexiva se inicia quando se problematiza a prática e se adquirem novos saberes e desenvolvem capacidades e posturas. Essa aquisição assume maior expressividade em contexto clínico, por se tratar de um período onde os estudantes interligam os conhecimentos teóricos com a prática, fomentando a reflexão para a tomada de decisão.

O período do estágio proporciona a aquisição de competências e desenvolvimento de aprendizagens necessárias para a prestação em qualidade de cuidados de enfermagem especializados, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011), assim como, o Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº125/2011).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011) elaborado pela Ordem dos Enfermeiros [OE], o enfermeiro

especialista centra o seu saber num domínio específico da enfermagem, objetivando as respostas humanas e os problemas de saúde ao longo do ciclo da vida das pessoas elaborando juízos clínicos e intervenções especializadas, manifestadas por um distinto grau de adaptação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Por competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), define a OE (2011), como as que são comuns e partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, manifestadas por uma distinta capacidade de realização, gestão e supervisão dos cuidados, bem como, a educação dos indivíduos/família, de orientação, liderança e capacidade de formação e investigação.

Face à capacidade diagnóstica e de implementação de intervenções especializadas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER da OE (2010), tem competências para desenhar, implementar, monitorizar e avaliar um plano de cuidados diferenciado, tendo em conta os problemas reais e potenciais das pessoas. As competências adquiridas e uma formação científica, permitem aos enfermeiros especialistas de reabilitação intervir num plano de cuidados na fase aguda da doença, mantendo-o em prática na fase crónica, quer no hospital quer no domicílio, englobando os familiares/cuidadores no processo de reaprendizagem e readaptação das capacidades do indivíduo. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desenvolve técnicas específicas e intervém na educação dos doentes e pessoas significativas, no planeamento da alta e continuidade dos cuidados, promovendo assim, a qualidade de vida.

A Enfermagem de Reabilitação produz ganhos de saúde em todos os domínios de intervenção quer os mesmos sejam produzidos no âmbito da prevenção quer no restabelecimento de incapacidades, capacitando a pessoa a uma maior autonomia (Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros).

A Enfermagem de Reabilitação, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos com o objetivo de prestar a ajuda necessária à pessoa, visando maximizar o seu potencial funcional e independência, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida (cf. Regulamento nº125/2011).

Os aspetos mencionados, justificam a escolha da temática do défice de mobilidade, especificamente da capacitação do autocuidado transferir-se, enquanto importante ponto de partida para maximizar o potencial funcional e a autonomia da pessoa com défice de mobilidade.

A dependência no autocuidado e a promoção do envelhecimento ativo, são áreas de intervenção prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação, conforme parecer emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015).

Conhecer o grau de dependência da pessoa, permite que os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuam para a sua autonomia e para o aperfeiçoamento dos cuidados, considerando as necessidades e intervenções que visem ganhos na autonomia nas suas atividades de vida.

Este documento, pretende expor de forma detalhada o desenvolvimento de um programa de intervenção numa problemática específica que, neste caso concreto, integra a intervenção sistematizada de cuidados de ER em doentes com compromisso da mobilidade. Procura-se compreender se tal intervenção permite reverter ou minimizar o referido compromisso nos doentes que apresentem função humana comprometida, relacionada com a necessidade (humana básica fundamental) de se transferir. Objetiva-se também, descrever todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e de mestre em enfermagem, tendo em conta as exigências definidas para as unidades curriculares.

O Estágio Final teve uma duração de 16 semanas, durante este período existiu a premissa de desenvolver de competências gerais e específicas em ER, arquitetando e implementando um programa de intervenção, apenas possível com o conhecimento mais ou menos profundo do contexto da prática clínica. Tal conhecimento possibilitou a identificação de aspetos da prática de cuidados de ER problemáticos e suscetíveis de melhoria. Nas unidades de internamento, a maioria ou quase totalidade, dos doentes apresentam necessidades especiais traduzidas, muitas vezes, em défices de mobilidade impostos por alterações neurológicas ou de outra etiologia, como sejam as doenças

osteoarticulares e com necessidade de ajuda nos autocuidados agravadas pelos riscos de complicações suscetíveis de comprometerem a sua segurança.

Os objetivos definidos internamente vão ao encontro do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, o qual preconiza que os centros hospitalares, como Entidades Públicas Empresariais, têm como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população em geral, aos utentes do Sistema Nacional de Saúde, aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que contratualizem a prestação dos referidos cuidados. A unidade hospitalar também apresenta como objetivo a formação, ensino e o desenvolvimento de atividades de investigação-

O envelhecimento populacional é uma realidade incontornável, que acarreta encargos consideráveis para todos os países. Encargos que podem tornar-se insustentáveis a longo prazo. O aumento da esperança de vida exige políticas públicas de apoio a um envelhecimento ativo e saudável. Este fato, depende de cada pessoa, mas também dos recursos comunitários disponíveis à realização daquele desiderato. A tendência atual é existir um número crescente de idosos que apresentam mais patologias crónicas. E, ao aumento de doenças crónicas está diretamente relacionado com o risco de uma maior incapacidade funcional, pelo que esta surge como um novo componente no modelo de saúde dos idosos (DGS, 2015). Por outro lado, o envelhecimento populacional, está associado à busca de condições que garantam a melhoria dos cuidados de saúde, das condições socioeconómicas que promovam um aumento da longevidade da população. Mas, a prevalência de doenças crónicas, muitas vezes incapacitantes, conduzem à dependência nas atividades de vida diárias e ao declínio das capacidades cognitivas. Situação que urge combater ou pelo menos retardar.

Presentemente, observa-se a transição para um modelo centrado no envelhecimento positivo da população mundial devido à crescente longevidade. Existe maior suscetibilidade da pessoa à incapacidade e ao desenvolvimento de múltiplas doenças crónicas (Vaz da Costa, Sousa, Alves, Araújo & Nogueira, 2015), mas é preciso gerir a condição de saúde doença.

A doença tende para a cronicidade e paulatinamente vai deixando sequelas que reduzem a capacidade de reserva. Eis a razão para que os profissionais se apresentem como um recurso para a promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação.

A escolha do tema, “Capacitar o autocuidado transferir-se em busca da autonomia da pessoa com défice de mobilidade”, surge da necessidade de explorar e desenvolver mais conhecimento numa área tão transversal em realidades de internamento tão diferentes e, também por acreditar ser um problema e uma necessidade real.

O estágio final teve apoio em unidades de cuidados diferenciadas, onde os utentes se encontravam dependentes, por diferentes causas e razões o que condiciona a sua autonomia e funcionalidade.

O enfermeiro desempenha no panorama de saúde atual, um papel de peculiar importância, já que, atua como agente de autocuidado num *continuum* saúde-doença, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem a todo o ser humano de forma que mantenha, melhor e recupere a saúde, prespetivando a máxima capacidade funcional (Decreto-Lei n.º 161/96). O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) integra a equipa de reabilitação, afirmando-se como elemento fundamental para o sucesso das intervenções por ela desenvolvidas (Hesbeen, 2003).

Tendo por base uma das competências específicas do enfermeiro de reabilitação que é a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam as limitações da atividade e incapacidade da pessoa (Regulamento nº125/2011), pretendeu-se desenvolver competências para avaliação da funcionalidade e diagnóstico da sua alteração, para que com isso fosse possível elaborar um plano de intervenção que visasse a adaptação às limitações impostas e a maximização da independência e da qualidade de vida. Na perspetiva de dar resposta às necessidades dos utentes internados na UAVC e Serviço de Ortopedia e tendo em conta o conteúdo funcional do Especialista em reabilitação, a concretização do plano de intervenção profissional teve por base o défice de mobilidade do utente. Optou-se pela abordagem do autocuidado transferir-se, considerando-o o pilar para o desenvolvimento a longo prazo da

independência do utente. Estamos, portanto, do ponto de vista da linha de investigação situada no domínio do Autocuidado.

A prestação direta de cuidados de ER, durante o Estágio Final, foi suportada pela Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, tendo presente as necessidades reais dos doentes, as características das unidades de internamento e o recurso aos produtos de apoio disponíveis. Objetivou-se sobretudo dar resposta às necessidades dos doentes internados e, simultaneamente, responder a outra exigência do Estágio Final nomeadamente, o desenvolvimento de competências do mestrando. Procurou-se oferecer aos doentes e familiares, conhecimentos e ferramentas de forma a minimizar complicações, visando o autocuidado e a capacitação do mesmo.

Gomes, Martins, Gonçalves e Fernandes (2012), defendem que os enfermeiros especialistas necessitam de realçar os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, procurando uma melhoria contínua dos mesmos. Estes autores, referem aspetos necessários à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados que se centram nas estruturas, nos processos e/ou nos resultados, compondo o ciclo de melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Assim, ao longo do Estágio Final foram desenvolvidas práticas assentes nos aspetos mencionados, visando contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, investindo na capacitação dos doentes e procurando reduzir os défices inibidores da sua autonomia.

Estruturalmente este documento encontra-se organizado em sete diferentes capítulos. No primeiro capítulo é feita uma apreciação do contexto, que envolve uma abordagem ao contexto de cuidados da ER, onde se concetualiza a reabilitação, os cuidados de ER e a qualidade em saúde, associada ao domínio do autocuidado. O segundo capítulo faz referência ao envolvimento do contexto, em que é feita uma análise do contexto de estágio pela caracterização do ambiente onde decorreram as atividades e ações planeadas ao longo do projeto de intervenção. A análise da produção de cuidados é desenvolvida no terceiro capítulo que reflete o tipo de cuidados realizados no contexto e orienta simultaneamente, a problemática em estudo. O quarto capítulo debruça-se sobre o projeto de intervenção profissional e todas as particularidades que lhe são inerentes. O relatório continua com a apresentação e discussão dos resultados obtidos seguindo-se a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências

comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre.

O último capítulo, corresponde à conclusão a qual enaltece a essência do projeto de intervenção. Como elementos pós textuais são apresentados as referências bibliográficas, os anexos e apêndices que foram referenciados sequencialmente ao longo do texto.

O presente Relatório apresenta-se como um documento de cariz reflexivo crítico pormenorizado e fundamentado das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Final e será submetido a prova pública perante um júri. Em termos gráficos encontra-se em conformidade com as normas de referência adotadas pela instituição que acolhe o Mestrado em Enfermagem - sexta edição do Publication Manual da American Psychology Association e procurou-se respeitar o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 193, de 23 de agosto de 1991.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, foi a instituição escolhida para desenvolver o Estágio Final. Hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde da Região Alentejo e, como todas as Unidade de Saúde Hospitalares, desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados.

O Estágio Final teve uma duração de 16 semanas, período durante o qual se objetivou o desenvolvimento de competências gerais e específicas em ER. Para que tal fosse alcançado, foi desenvolvido e implementado um programa de intervenção, apenas possível com o conhecimento do contexto da prática clínica. Tal conhecimento tornou possível a identificação de prováveis aspetos da prática de cuidados de ER problemáticos e suscetíveis de melhoria.

Nas unidades de internamento, verificou-se a existência de um grande número de pessoas com necessidades especiais, condicionantes da mobilidade, quer por défices neurológicos quer osteoarticulares. Coexiste necessidade de ajuda nos autocuidados, assim como, riscos acrescidos de complicações suscetíveis de comprometerem a sua segurança.

Nos últimos anos, o termo Reabilitação tem adquirido particular relevo pela importância que tem alcançado junto dos doentes com deficiência ou incapacidade por uma multiplicidade de motivos. É definida como um processo que permite o desenvolvimento das capacidades perdidas, possibilitando assim a restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, relacionadas com os potenciais anteriores. Deste modo pretende-se a redução das alterações através da promoção da saúde, tendo como ponto de partida a anamnese da pessoa, de forma a conseguir oportunidade de retorno ao quotidiano com qualidade, aumentando o nível de autoestima e, por conseguinte, a independência (Santos, 2016).

O sucesso da reabilitação depende não só de um conjunto de técnicas, mas também da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda

uma equipa multidisciplinar, sendo estes fatores relevantes para a obtenção de ganhos em saúde e bem-estar (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira 2012).

Enquanto especialidade multidisciplinar, a Reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas e a maximizar o seu potencial funcional de independência (OE, 2010). Esta especialidade visa o desenvolvimento de capacidades remanescentes, face aos limites impostos pela deficiência/incapacidade, onde as metas para a reabilitação da pessoa são estabelecidas em conjunto com o enfermeiro e os restantes profissionais de saúde e o doente/família, considerando as expectativas e objetivos do doente. Todo este processo se deve iniciar o mais rapidamente possível, visto que todos os cuidados da fase aguda vão influenciar o processo de reabilitação (OE, 2010).

Face ao descrito, o principal objetivo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é melhorar e promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e deste modo, preservar autoestima (Hesbeen, 2001).

Neste contexto, a presença de um Enfermeiro Especialista confere uma atmosfera centrada em cuidados específicos, diferenciados e adequados à condição de saúde da pessoa, que resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011).

O enfermeiro especialista é o profissional a quem são reconhecidas competências que lhe permitem prestar além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade (Pestana, 2017). Estas competências, resultam da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como, de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2011).

No que respeita à prestação de cuidados, os EEER identificam as necessidades de saúde, analisam os dados sobre cada situação, definem diagnósticos de enfermagem e, de acordo com as suas competências, prescrevem intervenções avaliando e analisando para a possibilidade de as alterar caso não alcancem os resultados esperados. Este

planeamento é sempre norteado pelos enunciados descritivos previstos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, e que são: a satisfação dos doentes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da OE). Desta forma, os serviços escolhidos para a realização do estágio final foram considerados ideais para aquisição de competências gerais de enfermeiro especialista e competências específicas em ER. Essas competências, assentam em ser capaz de cuidar de pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e, maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE).

Segundo Nascimento (2017), a evolução da população portuguesa tem vindo a denotar um contínuo envelhecimento demográfico, o que acompanha a tendência mundial. O aumento da esperança média de vida torna as pessoas mais vulneráveis e, naturalmente, menos ativas e mais dependentes. O aumento da esperança de vida conduziu a um dos aspetos mais marcantes das sociedades desenvolvidas, o envelhecimento da população, com elevada prevalência de doenças crónicas. (Zlamalick, 2017). Estas denunciam-se condicionantes da funcionalidade e desempenho da população.

A autonomia da pessoa com doença crónica ou aguda pode ficar condicionada pela alteração da funcionalidade, na medida em que a doença evolui como limitadora na realização das atividades de vida diárias (AVD's) (Clark, Gong, & Kaciroti, 2014).

Segundo a DGS, o aumento da esperança de vida exige políticas públicas de apoio a um envelhecimento ativo e saudável. A tendência atual é existir um número crescente de idosos que apresentam mais patologias crónicas. E ao aumento de doenças crónicas está diretamente relacionado uma maior incapacidade funcional, pelo que esta surge como um novo componente no modelo de saúde dos idosos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento saudável é um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional (OMS, 2015). Permite o bem-estar em idade avançada, ou seja, é a otimização das oportunidades para a saúde, para a melhoria da qualidade de vida ao longo do ciclo vital com o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional e autonomia, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades físicas e mentais da pessoa, com o meio que a rodeia.

Nesta perspetiva, os cuidados de ER adequam-se às exigências impostas pelo panorama atual, tornando-se o EEER imprescindível para a população em geral e, particularmente, para as pessoas com necessidades especiais, maximizando o potencial funcional e a independência das mesmas (Pestana, 2017; Regulamento n.º 125/2011, 2011).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), as competências específicas do EEER permitem cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa através do desenvolvimento das suas capacidades. A missão do EEER prende-se com “a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (p. 16656).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 aponta como prioridade a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. A responsabilidade da melhoria da segurança dos doentes é, então, atribuída à própria equipa de cuidados que, deve mobilizar as competências individuais de cada um dos seus elementos, assim como, envolver a gestão sistémica de todas as atividades (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Verifica-se, por acesso a vários estudos, que a funcionalidade, equilíbrio e autocuidado transferir-se andam muitas vezes de mãos dadas e que existe um elo de inter-relação entre eles como se de um sistema se tratasse. Na presença de algum evento que afete uma destas dimensões verifica-se um desequilíbrio em todas as outras. Do desenvolvimento de estudos nesta área, nasce a preocupação de manter a população idosa ativa, através da implementação de programas de intervenção que sejam

individuais e adequados a cada um e que, incluam a prática de exercício físico e estimulação da capacidade cognitiva (Nakagawa, Ferraresi & Prata, 2017).

A manutenção de equilíbrio corporal é por alguns autores definida como a cooperação de músculos e articulações do corpo (sistema proprioceptivo), pelos olhos (sistema visual), e pelo labirinto (sistema auditivo). Ressalta ainda que alterações do equilíbrio postural estático e dinâmico interferem na capacidade funcional dos idosos, aumentam o risco de quedas e influenciam a qualidade de vida dos idosos (Silva, Amorim, Carvalho & Mesquita, 2017).

A problemática em estudo prende-se com preocupações relacionadas com a funcionalidade e efetividade no autocuidado transferir-se em pessoas com afeções neurológicas não traumáticas e nas pessoas com afeções osteoarticulares. Torna-se importante a intervenção direcionada para a reabilitação funcional do idoso com o objetivo de melhorar o equilíbrio e dessa forma, assegurar a adequada funcionalidade traduzida na melhoria da qualidade de vida (Costa, Araújo, Oliveira, Morais, Silva & Lopes, 2013).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIFE), a mobilidade é a “Capacidade para Mobilizar-se” (International Council of Nurses, 2010, p. 62), definindo a capacidade para mobilizar-se como “Capacidade: Movimento voluntário do corpo” (International Council of Nurses, 2010, p.42). Já para Oliveira, Goretti & Pereira (2006), a mobilidade define-se como a capacidade da pessoa se movimentar num determinado ambiente, função primordial para a realização de atividades como andar, estar de pé, realizar AVDs, e assim, manter-se independente.

As alterações da mobilidade e do equilíbrio são fatores importantes que limitam a vida das pessoas, tendo um grande impacto nas suas vidas na medida em que pode levá-las à diminuição da sua autonomia (Ruwer, Rossi, & Simon, 2005), tornando-as dependentes em vários autocuidados e AVD's.

Para o desenvolvimento do projeto de estágio, bem como para a realização do presente Relatório (de estágio) tornou-se pertinente, selecionar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes de forma a enquadrar a pertinência da

problemática selecionada. No âmbito da perspectiva holística e científica de enfermagem, o modelo teórico que melhor se enquadra e justifica a pertinência da temática, trata-se da Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAC) de Dorothea Orem. Considera-se que esta é a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado com impossibilidade na sua satisfação.

Na enfermagem, o fenómeno do autocuidado tem sido essencialmente abordado no paradigma de interação entre o homem e o ambiente, onde as conceções de Dorothea Orem têm sido amplamente utilizadas por inúmeras escolas de enfermagem, assim como, por organizações de saúde, orientando a sua conceção de cuidados a partir da TDACE (Petronilho, 2012).

O Autocuidado é uma capacidade inerente ao ser humano, definindo-se como a resposta eficaz e autónoma às suas necessidades. Esta capacidade não é inata, é algo que adquirimos ao longo da nossa vida, e que se vai estruturando num processo de desenvolvimento e das experiências vivenciadas por cada um, abrangendo AVDs, AIVD's e todos os aspetos vivenciados ao longo do ciclo vital. É uma função que as pessoas desempenham de forma autónoma, ou na sua impossibilidade, realizada por alguém para preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. A necessidade de cuidados de enfermagem está associada ao défice de autocuidado para a pessoa cuidar de si própria ou dos seus dependentes, quando as exigências do mesmo são maiores do que a capacidade da pessoa para o desenvolver (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Segundo Orem, todas as pessoas adultas saudáveis têm capacidade de se auto cuidar, no entanto, quando por motivo de doença, falta de recursos ou fatores ambientais, a necessidade de autocuidado da pessoa é superior à sua capacidade de o realizar, surge a enfermagem para ajudar a pessoa a compensar o desequilíbrio existente (Queirós et al., 2014).

É no domínio do autocuidado que o enfermeiro capacita a pessoa com dependência, maximizando o seu estar-estar e permitindo a sua reinserção social.

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Déficit de Mobilidade

Complementa as atividades de vida, dotando-o com alternativas face a deficiência ou educando o seu cuidador quando o cliente é totalmente incapaz de o fazer (OE, 2010).

Quando o indivíduo necessita de ajuda para as atividades básicas como a higiene pessoal, ou realiza as mesmas com dificuldade, necessitando de supervisão, deparamo-nos com uma situação de déficit no autocuidado (Orem, 2001). Cabe ao enfermeiro avaliar esse déficit, implementar ações que minimizem essa carência com o objetivo de promover o bem-estar e tornar funcional (OE, 2001).

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

A análise do envolvimento, prende-se com a caracterização do ambiente de realização do Estágio Final, local onde este decorrerá e onde se aplicarão e serão desenvolvidas as atividades planeadas no projeto de intervenção profissional.

Para uma mais fácil compreensão das intervenções desenvolvidas será realizada uma descrição dos recursos existentes no contexto, os quais, desempenharam um papel de agentes facilitadores e essenciais à aplicabilidade das estratégias estabelecidas.

A descrição da realidade vivida no Serviço de Especialidades Médica – UAVC e no Serviço de Ortopedia, permite a compreensão da problemática elegida para o projeto de intervenção. Por serem serviços de especificidades únicas e com uma população alvo também esta com características individuais, exigem cuidados específicos de modo a garantir a sua autonomia.

A manutenção da mobilidade e autonomia do indivíduo, alvo de cuidados, é uma importante componente do exercício da Enfermagem e um desafio para esta profissão. Centrar a nossa atenção nesta temática é, pois, da máxima pertinência e abrange todos os enfermeiros que exercem em unidades de saúde, independentemente do contexto de prática (OE, 2013).

Neste sentido, a capacitação será um dos alicerces do projeto de intervenção, que visa a promoção da autonomia das pessoas com défice de mobilidade e sujeitas a internamento, através da intervenção do EEER.

2.1.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

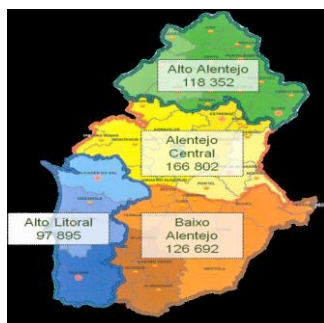
A Unidade Hospitalar pertence à NUT Alentejo, integrando a rede do SNS da Região Alentejo. Tem como principais objetivos contribuir para ganhos em saúde através da articulação com os cuidados de saúde primários e com o sector social e privado, visa ainda, garantir a humanização dos cuidados, preservando os direitos dos utentes, melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços, a eficiência técnica e económica, a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços, a utilização das tecnologias da informação e comunicação, valorizando o capital humano (HESE-E.P.E, 2018).

Os seus alicerces regem-se por um conjunto de valores que vão desde o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos até à excelência de técnicas, cultura da melhor gestão, respeito pelas normas ambientais, promoção da qualidade, assim como, princípios éticos, integridade e transparência, motivação e trabalho em equipa (HESE-E.P.E, 2018).

A sua missão visa a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e contemplando a promoção e o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

A Unidade Hospitalar tem como área de influência direta o Distrito de Évora, coincidente com a área correspondente ao Alentejo Central. O Hospital abrange cerca de 150 mil pessoas, num total de 14 concelhos pertencentes ao Distrito de Évora. A sua área de referência indireta compreende as regiões do Baixo e Alto Alentejo, uma vez que é considerado Hospital de Tipologia A, que corresponde aos hospitais mais diferenciados, nos quais a rede Urgência/Emergência o contempla como Urgência Polivalente (Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), 2008).

Figura 1 - Área de abrangência da Unidade Hospitalar



Fonte: HESE-E.P.E (2018)

Destacam-se os serviços eleitos para a implementação deste projeto, a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC) e o Serviço de Ortopedia, ambos localizados no Piso 4 do HESE. O projeto tem início na UAVC e termina no Serviço de Ortopedia.

2.2. UAVC - HESE

A UAVC, integra um dos quatro níveis de resposta ao AVC e cuja finalidade se prende com a monitorização, estudo etiológico dos utentes e o tratamento precoce na fase aguda, minimizando as sequelas. É composta por 6 camas, em *open space* as quais, são destinadas de uma forma geral a utentes com suspeita de diagnóstico de AVC e que se encontram na fase aguda (48 a 72 horas).

As admissões podem ser realizadas quer através do serviço de urgência quer das consultas externas. Os diagnósticos médicos mais frequentes são: AVC isquémico, AVC hemorrágico, Acidente Isquémico Transitório (AIT) e Trombose Venosa Cerebral.

Quanto aos recursos humanos, a equipa de profissionais que prestam cuidados diferenciados na UAVC é constituída por: três médicos de medicina interna, alternando dois deles de dois em dois meses, por vinte e um enfermeiros, dos quais quatro com a especialidade de enfermagem de reabilitação, dois com a especialidade de enfermagem

de saúde comunitária, um com a especialidade de enfermagem de saúde mental e outro com a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. O serviço dispõe de onze assistentes operacionais e uma assistente administrativa. Diariamente existe colaboração de outras valências, nomeadamente nefrologia, fisioterapia, neurorradiologia, neuropsicologia, serviço social.

Em termos de material de uso clínico, o serviço dispõe de equipamentos que possibilitam a monitorização de sinais vitais, controlo de administração de terapêutica e um carro de unidose. No que concerne aos recursos materiais para a prestação de cuidados de ER, encontram-se disponíveis: camas articuladas; colchões de pressão alterna; almofadas para posicionamento terapêutico; calcanheiras viscoelásticas; elevador e respetivas lonas para execução de transferência; tábua de transferência; cinto de transferência; cadeiras de duche; cadeiras de rodas, com apoio podal; cadeirões com espaldar rebatível; superfícies de apoio; auxiliares de marcha (andarilhos, quadripés, tripés, bengalas); pesos; faixas elásticas de vários graus de intensidade, para exercícios resistidos; caixa de estimulação propriocetiva; degraus amovíveis; espelho quadriculado; bola terapêutica (suíça ou *Bobath*); dispositivos para reeducação funcional respiratória (RFR) (bastões, sacos de areia, inspirómetros de incentivo); material para reabilitar a motricidade fina.

As camas dos doentes são todas elétricas, o que permite alternância de posicionamentos nos diferentes tipos de doentes. As características das camas são extremamente importantes, uma vez que ao serem reguláveis em altura previnem o aparecimento de lesões musculoesqueléticas.

Segundo dados da UAVC, o tempo médio de internamento é de aproximadamente 5 dias e aquando da alta, a continuidade dos cuidados é assegurada em hospitais periféricos, instituições de apoio, lares, Unidade de Convalescença e Unidade de Cuidados Continuados ou o domicílio (Coelho, Marques, & Marranita, 2014).

Existe um esforço contínuo desta equipa multidisciplinar na prestação de cuidados diferenciados e educação do doente e família/cuidadores, de modo a devolver um maior grau de autonomia, funcionalidade e segurança ao doente e sua família.

2.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA – HESE

A unidade de internamento de ortopedia, é um serviço que existe para dar resposta às necessidades da população, nas especialidades de ortopedia e orto traumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e nefrologia, agrupando-as numa única unidade de internamento designada por especialidades cirúrgicas. Dispõe de 47 camas distribuídas em duas alas (direita e esquerda).

O serviço é constituído por duas alas, a par à direita e a ímpar à esquerda, que se encontram separados por um pequeno *hall*, onde se situa o gabinete médico e o gabinete de atendimento da assistente administrativa. Ainda antes dos quartos e integrado na entrada, encontra-se o refeitório à esquerda e os gabinetes de enfermagem, de ambos os lados.

O espaço físico das enfermarias, relativamente à população a que se destina não é ideal uma vez que, a maioria dos quartos, à exceção dos quartos de isolamento, encontram-se demasiado preenchidos com mobiliário, o que reduz significativamente o espaço disponível para a realização de treino funcional, aumentando o risco de queda relacionado com fatores do contexto e dificultando ainda o treino de AVDs, vestir-se ou despir-se, arranjar-se e transferir-se (OE, 2006). Face a esta realidade existe uma necessidade constante de gerir o ambiente dos cuidados e reorganizar o espaço de modo a torná-lo seguro para os doentes.

As instalações sanitárias apresentam algumas carências não permitindo a realização da higiene pessoal de forma autónoma quando se faz uso de auxiliares de marcha, pois encontram-se desprovidas de chão antiderrapante. Junto às sanitas e chuveiros existem barras de apoio, uma mais valia para as pessoas com mobilidade comprometida. Quanto ao lavatório, ainda que acessível até para uma pessoa em cadeira de rodas, o espelho, encontra-se acima dos 90 cm, o que não permite aos utentes cuidar da sua higiene, como fazer a barba ou maquilharem-se.

Nesta unidade de internamento, os recursos humanos são de ampla multidisciplinaridade. A equipa de enfermagem é formada por trinta e sete enfermeiros, na qual se insere o enfermeiro chefe, com a especialidade em enfermagem médica cirúrgica, seis enfermeiros com a especialidade em enfermagem de reabilitação e trinta enfermeiros generalistas. A maior parte dos enfermeiros encontra-se em regime de roulement, à exceção do enfermeiro chefe, e de nove elementos que se encontram em horário fixo, por responsabilidades familiares. Os EEER, prestam cuidados especializados, assumem a responsabilidade do serviço na ausência do chefe, colaboram na gestão ou prestam cuidados, conforme as necessidades do serviço. No entanto, os EEER nem sempre estão alocados à prestação de cuidados especializados.

A equipa médica envolve várias especialidades dada a realidade da unidade de internamento. É composta pelo diretor de serviço, três assistentes hospitalares e três internos da especialidade. Ainda dá apoio ao serviço diariamente um médico especialista em medicina interna, e um fisiatra. A equipa de Anestesia, visita regularmente o serviço e presta apoio, relativamente ao controlo da dor.

Além dos elementos enumerados, estão afetas ao serviço quinze assistentes operacionais, uma funcionária administrativa, um fisioterapeuta, uma dietista e uma assistente social. Integrado na unidade de internamento de ortopedia funcionam as especialidades de oftalmologia e otorrinolaringologia, pelo que existem também nove oftalmologistas e quatro otorrinolaringologistas afetos a esta unidade de internamento.

Há também outros elementos que colaboram diretamente ou indiretamente com a equipa multidisciplinar, nomeadamente a equipa da EGA (Equipa de Gestão de Altas), de destacar o papel importante desta equipa na referenciação dos doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) quando estes se encontram em situação de grande dependência na alta clínica, e se pretende ajudá-los a recuperar a autonomia e maximizar a qualidade de vida (Dec. Lei nº 7968/2011 de 2 de junho do Ministério da Saúde).

Os recursos materiais são essenciais em todo o processo de reabilitação, uma vez que permitem aos doentes um maior envolvimento, participação e compreensão dos

exercícios a realizar. Deste modo, é pertinente a realização de uma breve abordagem sobre os recursos materiais disponíveis no Serviço de Ortopedia e sobre a sua utilidade no seio dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Existe um ginásio que tem espelho, barras de apoio, bolas de treino de equilíbrio, halteres, maca de apoio e máquina de crioterapia. O serviço conta ainda com diverso material de apoio como o elevador hidráulico, dispositivos médicos de mobilização passiva contínua, triângulos de abdução, almofadas de gel, colchões anti escara, material de ortótese (colares cervicais de diversas medidas, Minerva, colete de Jewett), talas de estabilização do local de fratura (tala de antebraço, tala cruropedálica), sacos de areia, auxiliares de marcha (canadianas, e andarilhos fixos e rodados), material para tração cutânea e esquelética, talas de Brown, bolas de diferentes diâmetros para reeducação motora, tábuas de transferência, espirómetros de incentivo, pedaleira, calcadeiras e pinças de cabo longo, entre outros.

Aqui, também as camas são todas elétricas facilitando também a alternância de decúbitos, posicionamentos e alívio de zonas de pressão nos diferentes doentes com problemas ortopédicos. As características das camas são extremamente importantes, uma vez que ao serem reguláveis em altura facilitam a transferência para fora da mesma e previnem o aparecimento de lesões musculoesqueléticas. A organização do ginásio e a disposição dos recursos, estão de algum modo pouco funcionantes, e este é utilizado basicamente para treino nas barras e correção postural em frente ao espelho, ainda que, com os recursos nele existentes, fosse possível melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos utentes. Estes aspetos condicionam quer a prática de cuidados quer a autonomia do doente, pois o meio ambiente onde a pessoa se insere funciona como elemento facilitador ou como barreira, no desenvolvimento, funcionalidade e participação do utente (Instituto Nacional da Reabilitação).

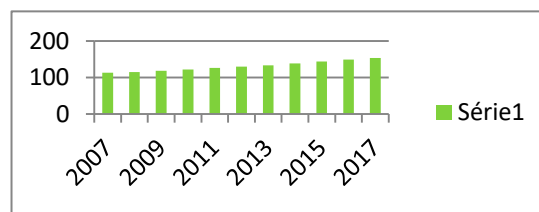
2.4. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

A Cidade de Évora é a capital de distrito da região do Alentejo Central e tem, na sua composição, cerca de 53.474 habitantes residentes (FFMS, 2018).

O processo de envelhecimento envolve alterações psicossociais e físicas irreversíveis, que podem ser mais ou menos importantes consoantes o estilo de vida, o contexto social e ambiental em que se está inserido. É um processo natural e progressivo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) apresenta dados que refletem um crescente aumento do envelhecimento demográfico em Portugal. O índice de envelhecimento tem tendência a aumentar de forma abrupta até 2080, o qual poderá “mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens” (INE, 2017, p.6). Outro dado de relevância, prende-se com os valores da percentagem de população com dificuldades na realização das atividades diárias na região (20,85%), quando comparada com a média nacional (17,8%), destacando-se o andar como principal limitação (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Gráfico 1. Índice de envelhecimento da população portuguesa



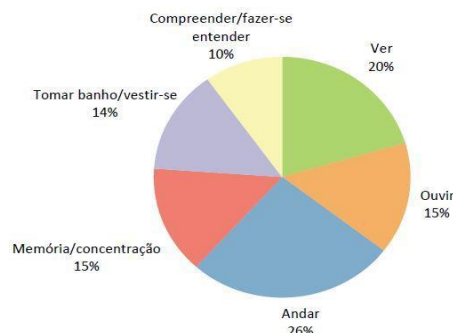
Transpondo a realidade nacional para o Alentejo, verifica-se que é das regiões do país onde este envelhecimento é mais evidente. O INE fez referência ao decréscimo da percentagem de jovens face ao aumento da percentagem de idosos, a qual diminuiu de 13,7% em 2001 para 13,6% em 2011, contrapondo com um aumento do número de idosos de 22,3% para 24,2% (INE, 2012).

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Déficit de Mobilidade

A população de referência ao HESE, EPE está caracterizada no Censos de 2011, como uma população envelhecida, sendo que, o índice de envelhecimento aumentou de 163 para 178, de 2001 para 2011. Os dados revelam a existência de mais 23 824 mulheres do que homens, numa população de 757 302 indivíduos.

Dada a importância desta informação, faz todo o sentido fazer referência ao grau de dependência da população idosa, uma vez que, o nível de envelhecimento e grau de dependência são diretamente proporcionais. Para além da patologia que motivou o internamento, a população-alvo apresenta comorbidades de doenças que associados à idade avançada e à polimedicação conduzem a períodos mais longos de incapacidade funcional e dependência. Paralelamente a estas limitações surge também as alterações da mobilidade, em especial o comprometimento do movimento muscular e articular, o equilíbrio corporal, as alterações ao nível de independência funcional para as AVDs e o déficit de conhecimentos sobre as repercussões da doença.

Gráfico 2 . Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com 65 e mais anos de idade



Fonte: INE (2012)

Nestas unidades de internamento existe uma grande diversidade de doentes no que se refere à idade, patologias e causas de internamento relacionadas com as características dos serviços supracitados. Aqui, encontram-se internados doentes de todos os grupos etários, com um predomínio para os doentes com idades superiores aos 65 anos -Idosos.

Na UAVC encontram-se internadas pessoas acima dos 16 anos de idade, com um predomínio para a faixa etária acima dos 60 anos de idade. Apresentam patologia

cerebrovascular, com predomínio do AVC isquêmico e hemorrágico. A sua admissão efetua-se através da Via Verde de AVC e do serviço de urgência do HESE.

No Serviço de Ortopedia, encontram-se internadas pessoas acima dos 16 anos de idade, com um predomínio para a faixa etária acima dos 65 anos de idade, sendo a sua admissão efetuada através do serviço de urgência do HESE e do serviço de consulta externa. As patologias ortopédicas e traumatológicas mais frequentes no serviço são: coxartrose; gonartrose; rotura da coifa; várias tipologias de fratura do fêmur, fraturas da articulação tibiotársica, dos ossos da perna, da coluna; osteomielites, resultantes de patologia osteoarticular, quedas e acidentes de viação. O tratamento destas patologias, vai desde o tratamento conservador (repouso no leito, trações cutâneas e esqueléticas, imobilizações gessadas) ao tratamento cirúrgico.

Do ponto de vista dos problemas, necessidades de cuidados de enfermagem e segundo a linguagem da CIPE, os doentes internados nestas unidades apresentam sobretudo, movimento corporal comprometido, autocuidado higiene comprometido, vestir-se / despir-se comprometido, autocuidado transferir-se comprometido, autocuidado uso do sanitário comprometido, autocuidado tomar banho dependente, andar com auxiliar de marcha dependente/comprometido e risco de queda relacionado com a alteração do equilíbrio (OE, 2009).

A capacitação da pessoa para a autonomia e satisfação dos autocuidados é uma área de intervenção que merece especial atenção e a intervenção de enfermagem de reabilitação tem, cada vez mais relevância na prestação de cuidados à população.

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

De acordo com os objetivos definidos para o Estágio Final, o mestrando deve ser capaz de analisar o contexto que o envolve e a forma de como são produzidos os cuidados de enfermagem na unidade de saúde que o acolhe. Spínola e Amendoeira (2014), sublinham que é o contexto de trabalho que atribui um significado às práticas de saúde desenvolvidas pelo aluno. Este encontra-se influenciado por uma dinâmica cognitiva e avaliativa, assim como fatores materiais, relacionais e simbólicos, próprios do funcionamento duma organização de saúde.

A implementação do projeto de intervenção profissional revela-se inovador. Para além, de todos os contributos pessoais que o projeto mobiliza, subjacentes à sua realização, no que diz respeito à consolidação e aquisição de novas competências nos diferentes domínios da enfermagem de reabilitação, contempla ainda, a capacitação do autocuidado transferir-se na pessoa com défice de mobilidade.

O desenvolver de todo este processo, permite sensibilizar para o potencial que o enfermeiro de reabilitação detém não só na redução e prevenção de complicações, mas também, da sua importância como veículo de otimização dos cuidados de enfermagem inerentes às atividades de vida diárias (AVD's) dos utentes, fomentando as suas capacidades e, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias compensatórias de incapacidades temporárias ou terminais.

Os cuidados prestados e planeados pelos enfermeiros dos serviços onde decorreu o estágio final, encontram-se registados informaticamente na aplicação *Alert®*. Este aplicativo informático disponibiliza toda a informação relativa aos doentes e respetivos episódios clínicos, permitindo uma fácil e rápida consulta. No entanto, a parametrização da linguagem classificada está disponível ainda, na versão beta da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). É utilizada para definição dos diagnósticos de enfermagem, prescrição dos cuidados autónomos e avaliação dos resultados. A sua terminologia documenta as decisões dos enfermeiros face aos focos

avaliados, diagnósticos de enfermagem, e também, as ações empreendidas para resolver problemas de saúde, através das intervenções de enfermagem (OE, 2015).

Ambos os serviços recorrem ao Sistema de Classificação de Doentes de Enfermagem (SCD/E) para obter horas de cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade dos utentes em que, o resultado contribui para a adequação da dotação ideal do número de enfermeiros. Além disso, otimiza a gestão de recursos de enfermagem ao produzir indicadores de gestão de qualidade, de eficácia e de eficiência. A gestão da terapêutica é realizada pelo acesso ao Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento.

Os serviços utilizam o método de horário de trabalho de roulement, que contempla três turnos de oito horas e trinta minutos. Nas equipas da manhã está sempre, pelo menos, um EEER e no turno da tarde, a sua presença, depende da disponibilidade dos recursos humanos. No turno da manhã o EEER não consta da distribuição de enfermeiros para a prestação de cuidados gerais.

Para se alcançar o sucesso na Reabilitação, os cuidados devem ser adequados à condição de saúde do indivíduo, às suas funções e estruturas corporais, aos seus níveis de atividade (execução de tarefas ou ações) e participação (envolvimento nas situações de vida), tendo em conta os fatores ambientais (Branco, 2016).

Conforme descrito nos enunciados das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros de reabilitação acrescentam valor aos cuidados de saúde ao gerar, colocar em prática, monitorizar e avaliar programas de Enfermagem de Reabilitação com base nas reais necessidades da pessoa, quer seja nos problemas existentes ou nos potencialmente existentes ao nível da função, reeducação, mantendo, melhorando ou minimizando as incapacidades instaladas (OE, 2011).

Os cuidados de ER, na UAVC e Serviço de Ortopedia, são assegurados pelos EEER que gerem a prestação de cuidados em função da sua planificação. Esta planificação é realizada no próprio turno em resposta às necessidades dos doentes internados. Tem por base diagnósticos de ER que obedecem à linguagem CIPE®.

Denota-se a existência de um défice nos registos relativos aos diagnósticos e cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta falha de produção de dados inviabiliza a extração de indicadores de resultados, que espelhem a efetividade e eficácia destes cuidados.

A enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção que previne, recupera e reabilita as pessoas com doença súbita ou descompensação do processo crónico, com implicações funcionais ao nível motor, sensitivo, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas e potencializando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2011).

Os recursos materiais destinados aos cuidados de ER disponíveis nos serviços de internamento onde decorreu o estágio, são adequados a cada situação e permitem melhorar a eficácia das intervenções de enfermagem. Estão disponíveis vários recursos e materiais, facilitadores da qualidade de cuidados de reabilitação, já descritos na caracterização de cada unidade de internamento.

A intervenção do EEER, assim como a autonomia do doente, pode ser influenciada pelas condições das instalações sanitárias, enfermarias e até mesmo do corredor do serviço. Estes espaços apresentam dimensões inadequadas, que impossibilitam a rotação de 360° da cadeira de rodas no seu interior.

O mesmo acontece quando se tem uma visão mais pormenorizada sobre as enfermarias. Estas impõem barreiras que podem efetivamente corromper a autonomia do doente. As enfermarias têm um espaço reduzido para a mobilização do doente com os auxiliares de marcha, o que facilmente despoleta alterações de equilíbrio. A unidade do doente torna-se limitada quando a transferência do mesmo é realizada para o cadeirão junto da cama, deixando de existir espaço livre em torno de si. Esta realidade é extensível para o corredor, que apesar da sua dimensão, encontra-se com obstáculos presentes em ambos os lados, o que torna difícil a circulação ao longo do mesmo.

No entanto, os serviços oferecem aos EEER as condições essenciais para a aplicabilidade de qualquer plano de intervenção, embora haja a necessidade de novas

aquisições e de melhor aproveitamento dos materiais e espaços existentes. Nesta ótica, existem espaços com escasso aproveitamento, como é o caso do refeitório e ginásio destinado aos doentes, espaços amplos, onde se poderiam realizar atividades no que respeita à RFM e RFR. O treino nas barras e a correção postural em frente ao espelho seriam bastante benéficos para reeducação da marcha e postura.

A prestação de cuidados de reabilitação é valorizada e reconhecida pelos restantes membros da equipa de enfermagem, e por toda a equipa multidisciplinar, facto demonstrado pela frequente solicitação aos EEER para discussão de situações clínicas, orientação de cuidados e avaliação de resultados. Este reconhecimento e valorização por parte dos pares surge como reflexo do trabalho desenvolvido e resultados obtidos após a intervenção do EEER.

Fica claro, que a equipa de enfermagem funciona como um elo de ligação entre o doente e a restante equipa multidisciplinar quando partilham objetivos, metas e estratégias de cuidados durante o internamento. Por este motivo, a própria equipa deverá estar capacitada a identificar os fatores de risco presentes no ambiente, para construir diagnósticos de enfermagem, planejar ações e executar os cuidados necessários (Fernandes, Araújo, Araújo, Botarelli, Júnior & Vítor, 2015).

O AVC

O AVC pode ser definido como um défice ou comprometimento neurológico resultante de uma lesão focal ou global do sistema nervoso central por oclusão ou rotura vascular com duração superior a 24 horas ou que leva à morte (OMS, 2016; American Heart Association & American Stroke Association, 2013). Pode ser classificado em isquémico ou hemorrágico (Menoita et al, 2012).

O AVC é um importante problema de Saúde Pública, com alto índice de mortes e sequelas. Segundo a Direção Geral de Saúde mantém-se como a principal causa de morte em Portugal, pelo que se mantém no topo de prioridades no que se refere ao Plano de Saúde (DGS,2017a).

Segundo a World Federation of Neurology (World Federation of Neurology [WFN], 2017), no Mundo 16 a 17 milhões de pessoas sofrem anualmente um AVC, assume-se como um grave problema de saúde pública que é visto como a segunda causa de morte. Afirma o Presidente da WFN, “o AVC é a epidemia do século XXI”. Em Portugal, o AVC é a principal causa de morte e incapacidade permanente (Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2017).

As consequências de um acidente vascular cerebral (AVC) não se extinguem, na altura da sua ocorrência. Num terço dos doentes continua a haver um agravamento progressivo do défice neurológico e cognitivo, que culmina, muitas vezes, em quadros demenciais; 40% dos doentes que sobrevivem a um AVC acabam por morrer ao fim de um ano e mais de metade ficam com incapacidades físicas e neurológicas graves, necessitados de cuidados médicos continuados. Lembre-se, o AVC é uma doença em larga medida evitável (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2013).

Esta realidade envolve também questões relacionadas com a morbilidade e o impacto social, onde surge a necessidade do desenvolvimento e implementação de estratégias interdisciplinares e intersectoriais, no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação precoce (Menoita et al, 2012).

O AVC isquémico, que pode ser definido como um episódio de disfunção neurológica focal, causada por enfarte encefálico, espinal ou da retina com evidência neuropatológica por imagem ou outra numa distribuição vascular definida ou evidência clínica de lesão isquémica focal encefálica, da medula espinal ou da retina, com base em sintomas que persistem por um período igual ou superior a 24 horas ou até à morte, tendo-se excluído outras patologias como causa do mesmo (Sacco, R., Kasner, S., Broderick, J., Caplan L., Connors, J., Culebras A, “...”, Vinters H, 2013). O AVC hemorrágico constitui a forma mais grave de AVC e resulta da rutura dos vasos intracranianos, com extravasamento de sangue para o tecido cerebral (Menoita, et al 2012).

As manifestações clínicas do AVC são múltiplas e podem ser alterações motoras, sensoriais e cognitivas que influenciam os vários domínios da vida da pessoa, nomeadamente, a alimentação, eliminação, sexualidade, o seu comportamento, relações

interpessoais, a execução de atividades de vida e a sua participação social (Rodrigues, 2008; Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012)

No que diz respeito à incapacidade associada a esta patologia e de acordo com a Heart & Stroke Foundation, por cada 100 pessoas que sofrem um AVC: 15% morrem, 10% recuperam completamente, 25% recuperam com sequelas mínimas, 40% manifesta incapacidade moderada a grave e 10% necessitam de cuidados de longa duração (Health Quality Ontario & Ministry of Health and long-term care, 2015).

Logo após um AVC, o hemicorpo afetado apresenta um estado de flacidez sem movimentos voluntários, ou seja, encontra-se hipotónico. Esta flacidez pode permanecer por horas ou dias, raramente permanece indefinidamente, acabando por dar lugar a um quadro de hipertonia, verificando-se um aumento da resistência ao movimento passivo, caracterizando o padrão espástico. Esta espasticidade provoca uma postura característica com uma alteração postural mais ou menos acentuada, consoante o grau da espasticidade, denominada de atitude de *Wernicke-Mann* (Menoita et al., 2012).

A alteração da força muscular na pessoa com AVC, pode manifestar-se de duas formas:

por hemiplegia quando existe uma paralisia do hemicorpo direito ou esquerdo, contra lateral ao lado da lesão e por hemiparesia quando existe uma diminuição da força e da sensibilidade do hemicorpo contra lateral ao da lesão (Menoita et al., 2012).

As sequelas do AVC podem causar grande alteração na capacidade psicomotora exigindo, uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma resposta eficiente por parte dos profissionais de saúde. Aqui, enfermeiro surge como um elemento ativo no ceio da equipa multidisciplinar que desenvolve ações junto de quem sofre de patologia cerebrovascular.

A mobilidade poderá ser afetada devido a alterações da força e tónus muscular, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade, podendo ser traduzidas em hemiparesia, hemiplegia, hipotonicidade, hipertonicidade, padrões anormais de postura

e movimento, diminuição ou abolição da sensibilidade superficial e profunda (Menoita et al., 2012).

Na atualidade, com o avanço científico na área, defende-se a importância de implementar o mais precocemente possível um programa de reabilitação, pois é considerada uma condição relevante para a recuperação pós AVC (Kutlubayev & Akhmedeva, 2015).

Segundo Hesbeen (2003), a reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível. A implementação de um plano de reabilitação deve ter início entre as 48 a 72 horas após o início do AVC e deve ser assegurado por uma equipa de profissionais com diferentes experiências, personalidades e especializações, mas em particular, e segundo Menoita (2012), por enfermeiros especialistas de reabilitação, uma vez que as suas intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados e em aptidões técnicas aperfeiçoadas.

Os planos de recuperação assistida após o internamento hospitalar é uma aposta mundial, visto na fase aguda ser insuficiente, quer por motivos económicos quer pelo tempo de recuperação no indivíduo afetado. (Rangel, Belasco & Diccini, 2013).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Reabilitação considera a mobilidade como uma área privilegiada da intervenção do enfermeiro de reabilitação (OE, 2018a). Assim, torna-se muito importante o papel do ER neste âmbito visto que, uma correta avaliação, permite a identificação de diagnósticos e consequentemente o desenho de um plano de intervenção que colmate as dificuldades reais do utente, permitindo melhorar funções residuais, mantendo ou recuperando a independência e minimizando o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 125/2011).

A enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção da enfermagem que previne, recupera e reabilita as pessoas com doença súbita ou descompensação do processo crónico, que provoquem alterações funcionais ao nível motor, sensitivo, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas e potencializando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2011, Latham, Liu & Jette, 2009).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, através do Regulamento nº 125/2011, definiu as competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que visam cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do seu ciclo de vida, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrições de participação para a reinserção social e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Sendo a reabilitação um processo complexo que necessita de uma abordagem do cuidar multidisciplinar e interdisciplinar (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011), uma avaliação completa dos doentes é fundamental para a criação de um plano de cuidados de reabilitação centrado no doente, sendo a avaliação da funcionalidade uma etapa central para o planeamento e execução desses cuidados. A avaliação funcional dos doentes com AVC é importante para a associação dos resultados de avaliação com o plano de cuidados, tendo também influência direta nos diagnósticos e intervenções de enfermagem (Kelly-Hayes & Phipps, 2011).

Definido pela DGS (2011) na Norma nº 54/2011 e pela AHA/ASA (2016) nas Diretrizes para a Reabilitação e Recuperação do AVC em adultos, a avaliação funcional nos doentes com AVC deve ser efetuada o mais precocemente possível e de preferência nas primeiras 24 a 48 horas, sendo preferencialmente realizada por um profissional especializado em reabilitação.

Existem vários instrumentos de avaliação para determinar a funcionalidade que variam entre si em relação aos parâmetros que são avaliados, podendo ser a mobilidade, capacidade para realizar atividades de autocuidado ou até mesmo abordar conceitos de qualidade de vida mais definidos (Kelly-Hayes & Phipps, 2011 e Latham, et al, 2009), sendo o Índice de Barthel (Anexo C) uma das escalas mais utilizados nos doentes com AVC.

Independentemente da localização ou do tipo de AVC, as manifestações clínicas apresentam sempre algum compromisso motor, cognitivo ou percetossensorial, sendo fundamental de acordo com Hoeman, Lyszner & Alverzo (2011) que, a recuperação e reabilitação dos doentes sejam centradas na promoção da mobilidade e no treino das atividades de autocuidado.

Além da terapia de restrição, outros modelos são também usados na reabilitação dos doentes com AVC, nomeadamente o modelo de neuro desenvolvimento de Bobath, que define que o mecanismo de controlo postural é a base para a realização dos movimentos voluntários e que depende de várias respostas motoras adquiridas na infância, como o rolar, sentar, manter a posição ortostática e a marcha (Menoita, et al 2012). Os doentes com hemiplegia não têm controlo sobre o seu sistema neuromuscular e para que se estabeleça o controlo da função motora é necessário que seja reeducado o mecanismo corporal.

A patologia Osteoarticular

Na área da Ortopedia, as patologias mais frequentes são as de natureza traumática, resultantes de acidentes de viação e de trabalho, no sexo masculino e as fraturas do colo fêmur, resultantes de acidentes domésticos, nomeadamente quedas, nos doentes do sexo feminino e como consequência da osteoporose e doenças crónicas osteoarticulares.

As doenças crónicas degenerativas como a osteoartrose e a coxartrose, são as que mais limitam o estado de saúde da população portuguesa; cerca de 50% da população sofre, pelo menos, de uma patologia deste tipo, com maior incidência no sexo feminino (Direção-Geral da Saúde, 2015). O envelhecimento cada vez maior da população em consequência do aumento da esperança média de vida, propicia o aumento destas patologias.

Sousa & Carvalho (2017) referem que em contexto orto traumatológico, para além dos aspetos relacionados com a especificidade da patologia músculo-esquelética, nos doentes deverão ser considerados aspetos como a idade, comorbidades e a dependência dos doentes nas AVDs.

A alteração da força muscular e a rigidez articular nas pessoas com patologia músculo-esquelética, estão muitas vezes relacionados com a síndrome do desuso, inatividade no leito, a atrofia muscular inerente à osteoartrose e à dor (Hoeman, 2011). É fundamental manter e recuperar a mobilidade ativa e o controle funcional do membro operado, assim como, prevenir ou diminuir a rigidez articular, através de um programa

de exercícios de flexibilidade e amplitude de movimento dentro da amplitude permitida e tolerada pela pessoa (Kisner & Colby, 2016).

Hoeman, et al (2011) defendem ser fundamental o ensino do doente e da família sobre as razões da diminuição da mobilidade e os métodos de otimização da mesma para aumentar a independência e prevenir complicações.

Ioshitake, Mendes, Rossi & Rodrigues (2016), concluíram numa revisão da literatura sobre a reabilitação de pacientes submetido a artroplastia total do joelho, que a reabilitação nestes pacientes é de extrema importância para que a pessoa alcance a sua autonomia e regresse o mais rápido e sem sequelas à sua vida familiar e social. Ainda segundo esta autora a reabilitação tem uma forte ação no alívio da dor, prevenção de tromboembolismos, redução de edema, com visíveis ganhos de amplitude de movimento e aumento da força muscular.

3.1. PROBLEMÁTICA ASSOCIADA AO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O envelhecimento populacional é uma realidade incontornável, que acarreta encargos consideráveis a nível mundial e que a longo prazo podem tornar-se insustentáveis. Assim, a funcionalidade dos nossos idosos torna-se premente e, através do aperfeiçoamento das capacidades motoras é possível manter a mobilidade, evitar a degradação da qualidade de vida, e assim, melhorar a sua funcionalidade e autonomia, através da capacitação do autocuidado transferir-se.

O processo de envelhecimento é acompanhado por um conjunto de alterações fisiológicas que contribuem para a menor funcionalidade da pessoa. De entre as alterações, destacam-se a diminuição da massa óssea e muscular, com diminuição da força muscular, redução do equilíbrio, alteração da marcha, diminuição da flexibilidade e da amplitude do movimento articular, dificuldades visuais, auditivas, declínios cognitivos, depressão e polifarmácia (Silva, Amorim, Carvalho & Mesquita, 2017; Al-Momani, Al-ghadir, Alharethy & Gabr, 2016). Torna-se importante, a intervenção

direcionada para a reabilitação funcional do idoso com o objetivo de melhorar o equilíbrio e dessa forma, assegurar a adequada funcionalidade traduzida na melhoria da qualidade de vida (Costa – Dias, Ferreira & Oliveira, 2014).

Presentemente, observa-se a transição para um modelo centrado no envelhecimento da população mundial devido à crescente longevidade, originando uma maior suscetibilidade da pessoa à incapacidade e ao desenvolvimento de múltiplas doenças crónicas (Vaz da Costa et al, 2015).

O envelhecimento é um processo vetor de modificações funcionais e estruturais no organismo que promovem o défice de mobilidade. É acompanhado da diminuição da vitalidade e dá oportunidade à instalação de doenças, nomeadamente, sensoriais, musculoesqueléticas, cardiovasculares e metabólicas. As alterações que comprometem o equilíbrio corporal envolvem problemas crónicos bastante comuns na população idosa (Lobo, Santos & Gomes, 2014). Surge como um acontecimento inevitável e inegável, fortemente relacionado com o aumentando o risco de quedas, por degradação da funcionalidade, com instalação de quadros de confusão e/ou desorientação que, conjuntamente com as comorbilidades, como a demência, incontinência urinária, problemas de equilíbrio, força muscular, mobilidade e visão, potenciam essa situação (Moreira, Araújo, & Pagliuca, 2014).

A mobilidade é uma condição relativa ao movimento, sendo uma das capacidades mais importantes do ser humano, permitindo à pessoa movimentar-se num determinado ambiente, sendo uma função primordial para a realização de atividades como andar, estar de pé, realizar AVD's e, assim, manter-se independente (Oliveira et al., 2006). Neste sentido, a mobilidade está relacionada com a capacidade ou aptidão da pessoa para executar uma determinada tarefa, indicando o nível máximo de funcionalidade que a pessoa pode alcançar nessa tarefa, sendo vários os aspetos que condicionam a pessoa a atingir a máxima independência (Hoeman, 2011).

O AVC e as doenças osteoarticulares são das principais causas de incapacidade/alteração da mobilidade que conduzem a perda de autonomia e independência nos autocuidados.

Nas pessoas com AVC, as alterações da mobilidade são causadas pela alteração da força muscular e do tônus muscular, perda do mecanismo de controlo postural e alteração da função sensorial (Menoita et al., 2012).

O AVC é uma disfunção neurológica súbita, onde a maioria dos sobreviventes exhibe alterações neurológicas e incapacidades residuais significativas. Sendo que, além de causar défices no movimento dos membros, marcha, equilíbrio, e linguagem, o controle do tronco anormal é também um comprometimento importante (Antunes, Justo, Justo, Ramos & Prudente, 2015).

Numa pessoa que sofreu um AVC, as reações posturais automáticas encontram-se alteradas não funcionando no hemisfério afetado, impedindo a pessoa de utilizar padrões normais de postura e de movimento, que são fundamentais para a realização de atividades como o rolar na cama, o sentar e deitar, as transferências, o manter a posição ortostática, o andar e consequentemente a realização de AVD's (Bobath, 1990).

A corrente teórica de Bobath, defende uma reabilitação centrada sobre o lado sã, isto numa tentativa de compensar a perda de capacidades do lado lesado. Os principais objetivos passam por: a aquisição do máximo de independência nas atividades de vida diárias e instrumentais, através do desenvolvimento da força muscular e destreza do lado sã; e a manutenção das amplitudes articulares e o desenvolvimento da força muscular remanescente do lado lesado.

A corrente teórica de Johnstone (1979) defende uma reabilitação em que o tratamento se focaliza no lado lesado e tem como principais objetivos: prevenir a espasticidade recorrendo a posicionamentos em padrão antispástico desde a fase aguda e durante 24 horas; reeducar a função sensoriomotora do hemisfério lesado através da estimulação dos reflexos posturais e segundo o padrão normal de desenvolvimento motor da criança, e realizar atividade bilaterais promovendo o equilíbrio entre os dois hemisférios (sã e lesado). Na corrente de Johnstone em oposição à de Bobath, os decúbitos e os posicionamentos têm técnicas específicas para prevenir o aparecimento do padrão espástico sendo o decúbito dorsal o menos utilizado por promover a espasticidade. Durante a realização das mobilizações, o membro que não está a ser mobilizado fica posicionado em padrão antispástico, a flexão do ombro é realizada com

o membro em rotação externa e a mobilização da tibiotársica é feita com a coxa e o joelho em flexão. A mobilização da omoplata é recomendada, uma vez que, a retração da mesma influenciará negativamente a mobilidade articular provocando dor.

A corrente teórica de Johnstone produz vantagens na redução da espasticidade e no desenvolvimento de padrões posturais mais corretos.

Num estudo realizado por Antunes et al, (2015), em que este pretendia verificar a influência do controle postural e equilíbrio na marcha de adultos com sequelas de AVC, a autora refere-se ao equilíbrio como a manutenção de uma postura particular do corpo com um mínimo de oscilação durante o desempenho de uma atividade motora (Joshua, A., D'souza, V., Unnikrishnan, B., Mithra, P., Kamath, A., Acharya V. & Venugopal, A., 2014). A independência nas atividades de vidas diárias (AVD'S), inclui o desempenho eficaz de diversos movimentos, tais como: levantar-se de uma cadeira, movimentos de flexão e deambular. Assim, torna-se essencial o transferir-se com segurança e eficácia para uma marcha eficiente.

As doenças do sistema musculoesquelético, incluindo as de cariz traumático, são uma das causas mais frequentes de morbilidade. De facto, a sua grande frequência e incapacidade, resultam num enorme impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas, e tornam-se responsáveis por elevados custos para os indivíduos e para os sistemas de saúde (Lucas & Monjardino, 2010). Os traumatismos dos membros inferiores limitam a mobilidade e, por conseguinte, a amplitude de movimentos.

A manutenção de equilíbrio corporal é por alguns autores definida como a cooperação de músculos e articulações do corpo (sistema proprioceptivo), pelos olhos (sistema visual), e pelo labirinto (sistema auditivo). Ressalta ainda que alterações do equilíbrio postural estático e dinâmico interferem na capacidade funcional dos idosos, aumenta o risco de quedas e influencia a qualidade de vida dos idosos (Silva et al, 2017).

Entende-se como capacidade funcional a condição do indivíduo para a realização de tarefas que envolvem o cuidado pessoal (tomar banho, vestir-se, utilizar casa de banho e pentear-se), as tarefas instrumentais de vida diárias (cuidar da casa, usar o telefone, prepara refeições, andar de autocarro e realizar atividades sociais), a

atividade ocupacional, a mobilidade suficiente para realizar a marcha de forma mais e eficiente, independente e sem utilizar nenhum tipo de suporte (Lobo, Santos & Gomes, 2014).

Verifica-se por acesso a vários estudos, que a funcionalidade, equilíbrio, marcha e queda andam muitas vezes de mãos dadas e que existe um elo de inter-relação entre eles como se um sistema se tratasse. Na presença de algum evento que afete uma destas dimensões verifica-se um desequilíbrio em todas as outras com o aumento do risco de queda. Do desenvolvimento de estudos nesta área nasce a preocupação de manter a população idosa ativa, através da implementação de programas de intervenção que sejam individuais e adequados a cada um e que, incluam a prática de exercício físico e estimulação da capacidade cognitiva (Nakagawa et al, 2017). Torna-se importante a implementação de programas de intervenção da funcionalidade em idosos com alteração da mobilidade, visando atestar a progressão da funcionalidade de acordo com o sugerido no Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE. Neste regulamento encontra-se expresso que o EEER “(...) concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (p. 8658). O EEER deve desenvolver treinos de atividades de vida de acordo com as reais necessidades dos doentes, procurando reduzir o risco de alteração da funcionalidade (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE).

Em termos de ER, esta visa desenvolver capacidades com as quais a pessoa possa maximizar a sua funcionalidade e valorizar o seu potencial, adaptando-se a uma nova realidade, garantindo assim uma melhor qualidade de vida e uma (re)inserção da pessoa no seu meio familiar e social, com ou sem recurso à utilização de ajudas técnicas ou produtos de apoio. A eficaz prestação de cuidados envolve, necessariamente, uma identificação prévia dos problemas de saúde, socioeconómicos e familiares da pessoa, para o planeamento adequado de ações que visam a sua resolução., através da implementação de um programa de intervenção.

O projeto de intervenção, por ser constituído por etapas similares às do processo de enfermagem (avaliação inicial, construção de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e avaliação dos cuidados), permitiu que os enfermeiros

pudessem organizar, planejar e implementar de forma sistemática os cuidados de enfermagem de reabilitação de forma a tratar reações humanas à doença. Neste sentido, as ações desenvolvidas por parte dos EEER contribuíram para melhorar os cuidados prestados e serviram de base científica para a sustentação das ações de enfermagem (Almeida,2011).

Segundo Hesbeen (2003), o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, logo que a estabilidade hemodinâmica e neurológica o permitam, instituindo-se um plano de reabilitação à medida das necessidades da pessoa e daquilo que ela pode tolerar. Os resultados de um programa de reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapia da fala, terapia ocupacional e serviço social) com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita et al., 2012).

Na base da reabilitação encontra-se a compreensão do processo de neuroplasticidade, ou seja, a capacidade que o sistema nervoso central tem para alterar o seu perfil químico, estrutural e a sua função, existindo evidências de que as células nervosas cerebrais se podem regenerar ou até mesmo formarem-se de novo. Desta forma, na fase aguda do AVC, a redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e o aumento do fluxo vascular local conduzem a ganhos funcionais inerentes ao processo de recuperação espontânea, sendo este fator um forte aliado do EEER (Menoita et al., 2012)

A intervenção do EEER nas primeiras 24 horas, é fundamental, passando pelos posicionamentos terapêuticos da pessoa de forma a evitar o padrão espástico e pela mobilização passiva dos membros afetados, de preferência três vezes ao dia (Direcção-Geral da Saúde, 2010). A reabilitação funcional da pessoa com AVC é um requisito básico no seu tratamento, estando dependente de uma série de rotinas de exercícios, que devem ser de crescimento lento, repetitivo e persistente e que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa, sendo fundamental para o sucesso do programa (Branco & Santos, 2010).

O EEER através de um plano de reabilitação adequado consegue a obtenção de ganhos funcionais relevantes. Perante a pessoa com AVC a intervenção do EEER deve acontecer aos seguintes níveis: alterações da mobilidade, utilizando estratégias adequadas com o objetivo de recuperar força muscular, evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo de controlo postural e estimular os movimentos do hemicorpo afetado; a nível das alterações da linguagem, funções cognitivas, da deglutição, do padrão da eliminação intestinal e vesical, da integridade cutânea, da sexualidade e da alteração emocional e social (Menoita et al., 2012).

Já no que respeita à realidade da especialidade de ortopedia, o principal objetivo do tratamento, é o rápido retorno da pessoa ao seu grau de funcionalidade anterior. Este objetivo, é frequentemente comprometido quando falamos de pessoas idosas. Estas, nem sempre possuem a capacidade de readquirir o mesmo grau de mobilidade, funcionalidade e autonomia anteriores, agravadas muitas vezes pelas comorbidades associadas (doenças neurológicas como Doença de Alzheimer, AVC; doenças cardiorrespiratórias, etc).

Nestas situações, torna-se realmente importante, a mobilização precoce de todos os segmentos articulares e alcançar a deambulação o mais precocemente possível, reduzindo ao máximo a imobilização no leito, de modo a prevenir todas as consequências que podem advir da imobilidade (úlceras por pressão, complicações respiratórias e tromboembólicas, espasticidade, rigidez articular, etc).

A intervenção EEER é fundamental para o planeamento de ações que maximizem a funcionalidade. O desenvolvimento das capacidades da pessoa submetida a cirurgia do foro ortopédico contribui para a diminuição da dependência e, por conseguinte, à recuperação da máxima funcionalidade. O programa de reabilitação deve ser elaborado de forma personalizada e individualizada, de acordo com o estado geral, após a avaliação da pessoa e dos riscos. Durante este processo, o enfermeiro deve sustentar, e incentivar a motivação da pessoa, para a sua recuperação.

A intervenção do EEER na pessoa submetida a cirurgia ortopédica, deve integrar dois momentos distintos: pré-operatório e pós-operatório, com uma intervenção

fortemente educacional. Esta, passa por ensinamentos de exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR) e de reeducação funcional motora (RFM) que, contribuem para controlar a dor e aumentar a força muscular. O aumento da força muscular dos quadricípticos, glúteos e isquiotibiais, dos membros inferiores em geral, é condição fundamental para a marcha, prevenção de complicações cardiorrespiratórias, orientações do processo de reabilitação, treino de AVDs (Sousa & Carvalho, 2016).

A problemática em estudo teve origem nas preocupações relacionadas com a maximização da capacidade de transferência das pessoas cuja mobilidade se encontra comprometida. Este compromisso, encontra-se muitas vezes associado a um conjunto de défices, mais ou menos graves, tendo um impacto muito elevado na funcionalidade, impacto esse que se traduz na perda de habilidades para a concretização autónoma dos autocuidados e em especial do autocuidado transferir-se.

A necessidade dos cuidados de enfermagem gera um sistema de enfermagem. Esse sistema reúne um conjunto de ações e interações entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, classificadas como totalmente compensatórias, parcialmente compensatórias ou de suporte educativo. O défice de autocuidado representa a necessidade de autocuidado que, quando reconhecida, ativa um sistema de enfermagem. Assim, para a enfermagem ser lícita, o défice de autocuidado precisa de estar presente (Vitor, Lopes & Araújo, 2010), como sendo autocuidado transferir-se comprometido.

Sendo objetivo central da Enfermagem assistir a pessoa nas suas necessidades humanas e capacitando o autocuidado, como sublinham Lutz & Davis (2011), os cuidados de ER visam a re aquisição de competências para a concretização do mesmo. A dependência no autocuidado, de acordo com Petronilho, Pereira, Magalhães, Machado, Oliveira, Castro & Pereira (2017), surge como foco na prestação de cuidados de ER, cujo objetivo central reside em capacitar a pessoa para o desempenho das atividades nos diversos domínios do autocuidado. Neste sentido, os cuidados de ER em doentes com a mobilidade comprometida não devem centrar-se apenas no desenvolvimento de intervenções de RFM. Devem ser desenvolvidas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado para fornecer instrumentos que possibilitem uma funcionalidade segura, fomentando a independência do doente nas atividades de vida.

Défice de mobilidade

A mobilidade é um termo frequentemente associado ao controlo da postura e do equilíbrio, sendo normalmente sinónimo de habilidade motora; andar, ficar em pé, sentar, colocar a perna de um lado para o outro, virar-se, iniciar e parar a marcha, subir escadas e transferir; é a capacidade de movimento do indivíduo no seu ambiente (Moreira et al,2014).

A pessoa com défice de mobilidade, por consequentes limitações e incapacidades, depara-se com a existência de um desequilíbrio psicodinâmico em relação com o meio envolvente, condicionado pelo seu estado de saúde. Existe assim, um défice na sua ação de autocuidado, ou seja, na capacidade adquirida e complexa para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar (Orem, 2001).

As sequelas decorrentes do AVC e as limitações impostas pela doença osteoarticular, podem imputar à pessoa uma grande incapacidade psicomotora, tornando-se cada vez mais premente uma intervenção rápida dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta eficaz por parte dos profissionais de saúde. Sendo o foco principal da reabilitação o indivíduo, o objetivo principal será colaborar com o mesmo de forma a atingir a máxima qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência (Cardoso & Eusébio, 2011). Segundo estes autores, o EEER enquanto elemento integrante da equipa de profissionais de saúde deve conceber, implementar e monitorizar os planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa.

4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivos, são o que se pretende atingir e não o que será feito, definindo a direção dada à ação e a natureza do trabalho/projeto. Segundo Larocca, Rosso & Souza (2005), o processo de formulação de objetivos deve privilegiar objetivos reais e alcançáveis. Estes, devem permitir a realização de atividades passíveis de concretizar num período de tempo pré-estabelecido. Deste modo, a definição de objetivos teve como intuito direcionar a intervenção durante o estágio final, constituindo assim, um guia orientador do mesmo. A definição de objetivos torna-se determinante para o sucesso da concretização do estágio final, assim como, para a apreensão e aquisição de novas competências e conhecimentos. Posto isto, o mestrando deverá:

1. Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de ER a pessoas com patologia do foro neurológico e osteoarticular;
2. Aperfeiçoar competências adquiridas no primeiro estágio subordinadas ao planeamento de cuidados especializados de ER no sentido de maximizar a autonomia e funcionalidade da pessoa;
3. Adquirir competências no que concerne a gestão, supervisão e coordenação do corpo de enfermagem e projetos;
4. Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de ER.

Segundo Leite & Faro (2005) o objetivo geral é a meta que se pretende alcançar, como se de uma visão global e abrangente da temática em estudo se tratasse. Neste caso, o objetivo geral define-se como a capacitação do autocuidado transferir-se em busca da autonomia na pessoa com déficit de mobilidade.

Para mais facilmente alcançar o objetivo geral foram delineados objetivos específicos que se adequassem às diferentes realidades impostas pelos locais de estágio e, tendo por base as competências do EEER, as competências de Mestre e objetivos de aprendizagem do Mestrado em Associação. Especificamente pretende-se:

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Déficit de Mobilidade

- a) Identificar os fatores que condicionam o autocuidado transferir-se nos doentes com alterações da mobilidade, internados nos serviços escolhidos para desenvolvimento do estágio final;
- b) Avaliar os fatores que condicionam o autocuidado transferir-se nos doentes com alterações da mobilidade através da aplicação de escalas adequadas para as diferentes dimensões;
- c) Implementar um programa de intervenção para capacitação do autocuidado transferir-se na promoção da autonomia dos doentes com alterações da mobilidade, internados nos serviços escolhidos para desenvolvimento do estágio final;
- d) Avaliar os resultados da intervenção do ER.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O projeto de intervenção profissional, pressupõe uma intervenção centrada num problema real e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010). Constitui uma ligação entre teoria e a prática, na medida em que a procura e aquisição do melhor conhecimento teórico disponível para solucionar um problema identificado, produz investigação, e logo, proporciona uma resposta adequada ao preconizado nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Nunes et al, 2010).

Os projetos são peças fundamentais para o desenvolvimento e mudança do futuro, ainda mais se se pensar que a sociedade atual está em constante evolução, que o passado se projeta no futuro e, que a evolução se faz pela capacidade de simulação e de imaginação da própria pessoa nos seus projetos.

A metodologia de projeto aproxima-se bastante da investigação-ação, na medida em que não é apenas sustentado pela determinação de um problema, mas sim, pela tentativa de intervenção no campo de investigação com o fim de promover uma resolução eficaz para o problema detetado melhorando a realidade.

5.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA

O número de pessoas idosas aumenta a um ritmo superior ao dos nascimentos, originando uma modificação na estrutura de gastos em diversas áreas, entre elas a saúde. Essa é uma tendência que persistirá durante os próximos anos, sendo que no ano de 2025 estima-se que haja mais de 800 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos em todo mundo (Silva et al, 2017).

O envelhecimento populacional é uma realidade incontornável, que acarreta encargos consideráveis para todos os países. Encargos que se podem tornar

insustentáveis a longo prazo. O aumento da esperança de vida exige políticas públicas de apoio a um envelhecimento ativo e saudável. A tendência atual é existir um número crescente de idosos que apresentam mais patologias crônicas. E o aumento de doenças crônicas está diretamente relacionado com uma maior incapacidade funcional, pelo que esta surge como um novo componente no modelo de saúde dos idosos (DGS, 2015).

O envelhecimento é um processo vetor de modificações funcionais e estruturais no organismo. É acompanhado da diminuição da vitalidade e dá oportunidade à instalação de doenças sensoriais, musculoesqueléticas, cardiovasculares e metabólicas. As alterações que comprometem o equilíbrio corporal envolvem problemas crônicos bastante comuns na população idosa (Lobo et al, 2014). Surge, como um acontecimento inevitável e inegável, fortemente relacionado com o aumentando o risco de quedas por degradação da funcionalidade com instalação de quadros de confusão e/ou desorientação, que conjuntamente com as comorbidades, como a demência, incontinência urinária, problemas de equilíbrio, força muscular, mobilidade e visão, potenciam essa situação (Moreira et al, 2014)

O processo de envelhecimento é acompanhado por um conjunto de alterações fisiológicas que contribuem para a menor funcionalidade da pessoa. De entre as alterações, destacam-se a diminuição da massa óssea e muscular, com diminuição da força muscular, redução do equilíbrio, alteração da marcha, diminuição da flexibilidade e da amplitude do movimento articular, dificuldades visuais, auditivas, declínios cognitivos, depressão e polifarmácia (Silva et al, 2017, Al-Momani et al, 2016).

Corroborando os autores supracitados, o avanço da idade cronológica traz transformações para o corpo humano que gera declínio de algumas capacidades físicas, nomeadamente alterações no equilíbrio corporal.

Num estudo realizado por Antunes (2015) em que este pretendia verificar a influência do controle postural e equilíbrio na marcha de adultos com sequelas de AVC, o autor refere-se ao equilíbrio como a manutenção de uma postura particular do corpo com um mínimo de oscilação durante o desempenho de uma atividade motora (Gautério, Zortea, Santos, Tarouco, Lopes & Fonseca, 2015).

A independência nas atividades de vidas diárias (AVD'S), inclui o desempenho eficaz de diversos movimentos, tais como: levantar-se de uma cadeira, movimentos de flexão e deambular. Assim, torna-se essencial o controle do equilíbrio para uma marcha eficiente.

O controle postural caracteriza-se pela manutenção do equilíbrio (dinâmico e estático), mecanismo pilar para a concretização dos movimentos voluntários, normais específicos. O controle muscular depende de um trabalho muscular contínuo, com a finalidade de vencer a gravidade, manter o tônus postural normal e assegurar a capacidade de realização de movimentos seletivos (Bennett, Vera, Sena, Lemos, Lucchese & Silva, 2018).

As alterações do equilíbrio corporal estão diretamente relacionadas com o envelhecimento e aumento do risco de quedas, redução da funcionalidade, hospitalizações e até uma maior mortalidade, afirmam diferentes autores. Existem fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam ou interferem com o equilíbrio. Os fatores intrínsecos ou individuais definem-se como, aqueles que alteram o equilíbrio e a propriocepção contribuindo para um risco de queda aumentado (Silva et al, 2017).

Uma vez que a mobilidade se encontra comprometida, também existe compromisso de satisfação do autocuidado transferir-se, sendo o autocuidado o ponto de partida para implementação de programas de intervenção para a sua capacitação.

O autocuidado transferir-se consiste na forma como a pessoa se movimenta de uma superfície para outra. Tendo como meta a alcançar a promoção da mobilidade e a prevenção de complicações causadas pela imobilidade (circulatórias e músculo-esqueléticas), a promoção do autocuidado transferir-se, possibilita a deslocação e realização de AVD's, facilita as relações interpessoais e com o meio ambiente na promoção do conforto e o bem-estar. Ao atingir estes objetivos, o EEER em conjunto com a pessoa, para além de prevenir complicações decorrentes da imobilidade, capacita-a maximizando a sua funcionalidade (Veiga, Henriques, Barata, Santos, Santos, "..."& Silva, 2011).

A transferência é, nem mais nem menos, o movimento que a pessoa realiza ao deslocar-se, de uma superfície para outra, como por exemplo, da cama para a cadeira, da cadeira para a banheira e vice-versa. Para que esta transferência seja efetuada com o máximo de autonomia da pessoa, garantindo a segurança de todos os intervenientes no processo, é necessário avaliar quais as necessidades e capacidades da mesma em relação ao seu grau de dependência, capacidade de compreender e vontade de colaborar (OE, 2013).

A capacidade funcional diz respeito à condição do indivíduo para realização de tarefas que envolvem o cuidado pessoal (tomar banho, vestir-se, utilizar o banheiro, pentear-se), as tarefas instrumentais da vida diária (cuidar da casa, usar o telefone, preparar as refeições, dirigir e andar de ônibus e realizar atividades sociais), a atividade ocupacional, a mobilidade suficiente para realizar a marcha de forma mais eficiente, independente e sem utilizar nenhum tipo de suporte.

Do desenvolvimento de estudos nesta área nasce a preocupação de manter a população idosa ativa, através da implementação de programas de intervenção que sejam individuais e adequados a cada um e que, incluam a prática de exercício físico e estimulação da capacidade cognitiva (Nakagawa et al, 2017).

A implementação de um programa individual de fortalecimento muscular e de estímulo da capacidade proprioceptiva e cognitiva é, um grande contributo para a melhoria significativa do equilíbrio e estabilidade capacitando o idoso na sua funcionalidade (Bastos et al, 2016).

O conhecimento dos conceitos equilíbrio e autocuidado transferir-se, ostentam simplicidade na medida em que, da lógica do raciocínio, o primeiro terá sempre influência no bom desempenho do segundo. Mas, quando se parte para a operacionalização das ações para satisfazer o auto cuidado, surgem dúvidas à sua categorização e aos fatores que lhe estão inerentes e aos que exercem influência extrinsecamente.

De modo geral, é pretendido: Capacitar a pessoa no autocuidado transferir-se perspectivando a independência de quem sofreu doença/ episódio agudo e que, apresenta

déficit na mobilidade. Especificamente pretende-se avaliar o autocuidado transferir-se; diagnosticar o déficit de mobilidade através da avaliação da capacidade funcional, força, equilíbrio postural; identificar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com déficit de mobilidade; pôr em marcha um plano específico de intervenção de reabilitação (treino funcional) que permita maximizar as capacidades e potencialidades, assim como, reduzir os déficits.

O Autocuidado

Ao longo da vida, o ser humano experimenta diferentes níveis de autonomia, deparando-se com eventos que lhe causam dependência (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014). Durante o seu crescimento adquire competências para ser autónomo e desenvolve capacidade de autocuidado (Queirós et al., 2014). Por sua vez, em situação de compromisso da condição humana, particularmente em situações de doença aguda, a capacidade de autocuidado do indivíduo encontra-se comprometida e, este torna-se incapaz de cuidar de si próprio, necessitando de agentes de autocuidado (Queirós et al., 2014).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPPE), o autocuidado é visto como uma "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária" (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2016).

Para o desenvolvimento do projeto de estágio, tornou-se pertinente selecionar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes de forma a enquadrar a pertinência da problemática selecionada. No âmbito da perspetiva holística e científica de enfermagem, o modelo teórico de enfermagem que melhor se enquadra e que melhor justifica a pertinência da temática trata-se da Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem (TDACE) de Dorothea Orem, sendo esta a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um déficit na sua ação de autocuidado. Das teorias mais citadas nesta temática, é a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem

(TDACE) de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma (Queirós et al, 2014).

A enfermagem, enquanto ciência humana prática, cria e utiliza um corpo de conhecimento exclusivo, afirmando-se como uma disciplina científica de carácter individual. O pensamento teórico tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual, gerando teorias e conceitos com valor interpretativo daquilo que os enfermeiros fazem.

Na enfermagem, o fenómeno do autocuidado tem sido essencialmente abordado no paradigma de interação entre o homem e o ambiente, onde as concepções de Dorothea Orem têm sido amplamente utilizadas por inúmeras valências da enfermagem, orientando a sua concepção de cuidados a partir da TDACE (Petronilho, 2012).

Orem parte do pressuposto que todo o individuo é capaz de se Auto cuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, sendo este denominado de *agente de autocuidado* (Orem, 1995). No entanto, as limitações decorrentes do episódio agudo de doença, das quais o défice de mobilidade e a sobressai, irão condicionar esta capacidade de autocuidado, nomeadamente no autocuidado transferir-se.

Perante este défice de autocuidado o EEER detém um papel preponderante, pois a reabilitação será o mecanismo de apoio para a readaptação da pessoa, permitindo a aquisição de novas capacidades físicas e psicológicas com o objetivo da promoção do seu autocuidado, através de um: conjunto de atribuições que são executadas para ensinar e ajudar outras pessoas a conhecer as suas demandas de autocuidado, ajudando-as a exercitar ou desenvolver as suas ações de autocuidado ou as suas ações de dependência de cuidados (Orem, 1995, p. 435).

É através da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem que o EEER vai articular as suas capacidades terapêuticas com as capacidades de autocuidado da pessoa com mobilidade comprometida, dando resposta às suas necessidades, exercendo o seu papel de agente de autocuidado terapêutico. Os cuidados de enfermagem são exigidos uma vez que existe um défice de autocuidado entre aquilo que

o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (Petronilho, 2012).

Auto cuidado transferir-se

Petronilho, Magalhães, Machado & Vieira (2007), referem que o autocuidado transferir-se é um dos mais afetados pela alteração da capacidade funcional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2015) define envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”, ou seja, é a otimização das oportunidades para a saúde, para a melhoria da qualidade de vida ao longo do ciclo vital com o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional e autonomia, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades físicas e mentais da pessoa, com o meio que a rodeia.

A autonomia no autocuidado transferir-se, ou auto transferência, é o ponto de partida para a implementação de programas de treino de AVDs. Segundo a OMS (2004), define auto transferência como a capacidade que a pessoa tem de se mover entre superfícies, por exemplo, deslizar ao longo de um banco ou mover-se da cama para a cadeira, ou mover-se na posição de sentado ou deitado, de um local para outro, no mesmo nível ou em nível diferente, sem mudar a posição do corpo.

A manutenção da mobilidade funcional é fulcral para a capacitação da pessoa com limitação da mobilidade para uma transferência segura e eficaz. Para isso, é fundamental o planeamento adequado dos cuidados de enfermagem, que visem intervenções adequadas à manutenção das estruturas osteoarticulares e preparação para o ortostatismo, com vista ao autocuidado (OE, 2013)

As alterações da mobilidade e do equilíbrio são fatores importantes que limitam a vida das pessoas, tendo um grande impacto nas suas vidas na medida em que pode levá-las à diminuição da sua autonomia (Ruwer, Rossi, & Simon, 2005), tornando-as dependentes em vários autocuidados e AVDs. Segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), a mobilidade é a “Capacidade para Mobilizar-se” (International Council of Nurses, 2010, p. 62), definindo a capacidade para mobilizar-se

como “Capacidade: Movimento voluntário do corpo” (International Council of Nurses, 2010, p. 42). Já para Oliveira, Goretti & Pereira (2006), também se pode definir mobilidade como a capacidade da pessoa se movimentar num determinado ambiente, função primordial para a satisfação do autocuidado transferir-se, realizar AVDs e, assim, manter-se independente.

Equilíbrio

Para a manutenção da posição ortostática essencial para atividades como andar ou estar de pé, é fundamental a manutenção do equilíbrio. Silveira et al (2006), definem equilíbrio corporal, como a manutenção de uma postura particular do corpo com um mínimo de desequilíbrio (equilíbrio estático) ou a manutenção da postura durante o desempenho de uma atividade motora que possa alterar a orientação corporal (equilíbrio dinâmico).

Segundo a CIPE, o equilíbrio define-se como a “Segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar”. (International Council of Nurses, 2010, p. 52).

O equilíbrio ou controle postural é definida como a capacidade de manter o centro de massa no interior da base de apoio. Os três elementos do controle postural são: simetria, firmeza e estabilidade dinâmica (Tung & Yang, 2010). O equilíbrio é um processo complexo que depende da integração da visão, do sistema vestibular e sistema nervoso periférico, dos comandos centrais e das respostas neuromusculares e, particularmente, da força muscular e do tempo de reação. Para obter um melhor equilíbrio, um indivíduo procura manter o seu centro de massa corporal dentro dos seus limites de estabilidade, sendo esta determinada pela habilidade em controlar a postura sem alterar a base de suporte (Barcala, Colella, Araujo, Salgado & Oliveira, 2011).

Os pacientes com AVC têm uma redução do equilíbrio por causa da diminuição da estabilidade postural, a assimetria da distribuição do peso-rolamento em pé e diminuição do equilíbrio dinâmico de pé. Além disso, os pacientes com AVC também têm uma redução nos seus limites de estabilidade, que é definida como a distância

máxima que um indivíduo pode deslocar o seu peso em qualquer direção sem perder o equilíbrio (Tung & Yang, 2010).

No AVC as alterações do equilíbrio influenciam diretamente a execução da marcha e a capacidade de realização das atividades da vida diária aumentando o risco de quedas. Constituindo uma das complicações frequentes após o AVC com aumento da imobilidade e perda de capacidade funcional (Verma, Arya, Sharma & Gag 2010).

O equilíbrio corporal comprometido e as alterações no controlo postural, associados às alterações sensoriomotoras, são manifestações comuns nos doentes que sofreram um AVC, impedindo os mesmos de apresentarem postura e movimentos normais, que dificultam e são essenciais para a realização em segurança das AVD (AHA/ASA, 2016 e Menoita, 2012).

A transferência dos doentes com AVC deve seguir uma sequência de atividades (rolar – apoiar – sentar – transferir) realizadas pelos doentes e auxiliadas pelos EEER: no rolamento para o lado afetado, no apoio sobre o ombro do lado afetado, no sentar à beira da cama, e na transferência em si para a cadeira (Menoita, 2012; DGS, 2010).

Quando os doentes estiverem sentados, devem adotar uma posição correta e confortável e de preferência em padrão antispástico, com os pés bem assentes no chão e com o membro superior do lado afetado em abdução, extensão e supinação apoiado sobre uma superfície de trabalho, que deverá ser transparente de modo a permitir a visualização do hemitorço afetado e facilitando assim a sua integração no esquema mental (Menoita, 2012 e DGS, 2010).

Os doentes submetidos a intervenção cirúrgica por traumatismo do membro inferior apresentam, na sua maioria, fraqueza muscular nos músculos quadríceps e isquiotibiais, os quais têm uma associação direta com o equilíbrio corporal. Em muitas cirurgias desta natureza, ocorre a secção muscular, da qual resultam défices proprioceptivos que podem alterar o controlo postural e, consequentemente, o equilíbrio.

Os défices proprioceptivos são, desta forma, alterações que ocorrem na estabilidade dinâmica ao redor de uma articulação, as quais geram instabilidade

funcional que limita o desempenho dos doentes na realização de AVDs (Emilio, Contreras, Lara, Román & Amat, 2014).

A fraca estabilidade postural é o resultado da fraqueza muscular, deficiência proprioceptiva e dor, que, por sua vez exercem uma influência negativa no equilíbrio quer estático quer dinâmico, na medida em que a insegurança provoca maior balanço nos períodos em que o corpo está parado (Vahtrik, Erelene, Gapeyeva & Paasuke, 2014).

Força muscular

A força muscular refere-se à habilidade do tecido contrátil de produzir tensão e força resultante das demandas impostas sobre o músculo. Também pode ser definida como a maior força mensurável que pode ser exercida por um músculo ou grupo muscular para vencer a resistência durante um esforço máximo único (Kisner & Colby, 2005).

A alteração da força muscular na pessoa com AVC, pode manifestar-se de duas formas: por hemiplegia quando existe uma paralisia do hemicorpo direito ou esquerdo, contra lateral ao lado da lesão e por hemiparesia quando existe uma diminuição da força e da sensibilidade do hemicorpo contra lateral ao da lesão (Menoita et al., 2012).

A alteração da força muscular e a rigidez articular nas pessoas com artroplastia total da anca (ATA), estão muitas vezes relacionados com a síndrome do desuso, inatividade no leito, a atrofia muscular inerente à osteoartrose e à dor (Hoeman, 2011). É fundamental manter e recuperar a mobilidade ativa e o controle funcional do membro operado, assim como prevenir ou diminuir a rigidez articular, através de um programa de exercícios de ADM dentro da amplitude permitida e tolerada pela pessoa (Kisner & Colby, 2016).

Capacidade funcional e cognitiva

A capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde preditiva da independência da pessoa, ou seja, a capacidade de realizar as suas atividades básicas e

instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar o telefone e caminhar uma certa distância. A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos marcadores do envelhecimento. A perda dessa capacidade está associada à instalação de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (Guimarães, Galdino, Martins, Abreu, Lima & Vitorino, 2004).

O processo de envelhecimento tem como consequência a diminuição da aptidão física e da capacidade funcional, tornando os cuidados dependente de outra pessoa (Gonçalves, Silva, Mazo, Benedetti, Santos, Marques, 2010 & Rezende., 2010). A dependência surge associada ao déficit de funcionalidade e está frequentemente ligada a uma patologia ou acidente (Sequeira, 2010) e muitas vezes o déficit gerado não é compensável na totalidade com o uso de ajudas técnicas, uma vez que pode gerar incapacidades parciais, totais temporárias ou permanentes (Paschoal, 2007).

A funcionalidade é descrita como a capacidade demonstrada pela pessoa para a realização de atividades ou funções em diversas áreas satisfazendo as suas interações sociais ou do cotidiano (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007).

A capacidade funcional avalia as atividades básicas de vida diária, ou seja as que são relacionadas com o autocuidado e as atividades instrumentais de vida diária, que indicam a capacidade de independência da pessoa nas atividades da comunidade em que se insere.

O exercício das atividades básicas de vida e atividades instrumentais de vida diária permitem determinar o grau de autonomia e independência da pessoa (Paula, 2007), e estão associadas à sua sobrevivência e desempenho no cotidiano doméstico e cuidados de saúde (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012).

A avaliação da capacidade funcional e da aptidão física dos idosos permite delinear estratégias de intervenção na prevenção e limitação das dependências, tornando a pessoa o mais ativa possível (Gonçalves et al., 2010).

No que respeita à prestação de cuidados à pessoa idosa, a avaliação funcional é um importante indicador com capacidade preditiva em termos de institucionalização, deterioração da condição física, necessidade de recursos de saúde e até de mortalidade (Sequeira, 2010). A avaliação funcional permite ainda objetivar sobre o estado cognitivo do indivíduo, a sua capacidade para a gestão da medicação ou recursos económicos (Cabete, 2005).

Confrontados com a incapacidade para a realização das atividades de vida diária, existe a necessidade de desenvolver intervenções, que capacitem a pessoa e ou a família a atingir o maior grau de autonomia e independência na execução das suas atividades básicas de vida adequadas à sua nova condição, seja esta motora ou cognitiva.

Treino funcional

O treino funcional teve origem com os profissionais da área de reabilitação, já que estes foram pioneiros na utilização de exercícios que imitavam o que os pacientes faziam em casa ou no trabalho durante a terapia, possibilitando, assim, um breve retorno à sua vida normal e as suas funções laborais após uma lesão ou cirurgia. Deste modo, se a tarefa ocupacional do paciente requeresse levantamentos de peso repetidos, a reabilitação deveria ter como objetivo principal permitir um retorno a essa função o mais breve possível, com bom desempenho e sem dor (Ribas et al, 2016).

Baseado no sucesso de sua aplicação na reabilitação, o treino funcional passou a ser utilizado no desenvolvimento de programas para melhorar o desempenho e condição física e, para minimizar possíveis lesões consequentes da atividade física.

O treino de força mais utilizado tradicionalmente tem seu foco em movimentos isolados, ganhos absolutos de força e, treino de grupos musculares de forma independente. Utiliza geralmente, apenas um plano de movimento tendo como objetivo o ganho de massa muscular assim como a manutenção da força.

Presentemente assiste-se a uma grande evolução de técnica e diferentes formas de treino de capacidades perdidas independentemente da causa.

Existe uma cada vez maior preocupação com a condição física da população, no que respeita às diferentes faixas etárias. Esta afirmação justifica-se pelo desenvolvimento e implementação de políticas e programas por parte do serviço nacional de saúde, direcionados para a promoção da saúde e prática de atividade física. Em 2016 foi criado o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), este, tem como documento orientador a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-estar (ENPAF). Este programa funciona em harmonia com o Plano Nacional de Saúde e com as principais orientações internacionais na área, nomeadamente a Organização Nacional de Saúde (SNS, 2017)

Face a esta informação e, visto existir ao dispor da população, um cada vez maior leque de programas de prática de atividade de física orientada por pessoas com formação na área. Indo de encontro a toda esta pertinente informação, tornou-se importante desenvolver junto das pessoas internadas, um programa de reabilitação com base num treino funcional.

O treinamento funcional tem como objetivo melhorar a capacidade funcional do indivíduo (Vale, Barreto, Novaes & Dantas 2006). São trabalhados exercícios que estimulam os recetores proprioceptivos presentes no corpo estimulando o sistema de controlo motor, favorecendo a melhoria dos mecanismos de propriocepção, a diminuição dos desequilíbrios musculares, diminuição da incidência de lesões e aumento da eficiência dos movimentos (Glória & Sandoval, 2011).

Programas de treino funcional podem colaborar na redução de incapacidades, quedas, problemas emocionais e sociais em idosos (Lustosa, Oliveira, Santos, Guedes, Parentoni & Pereira, 2010).

A aptidão funcional é essencial à execução autónoma das atividades de vida diária. A aptidão funcional em idosos inclui vários componentes: força, treino aeróbico, flexibilidade, equilíbrio e composição corporal. (Preto, Gomes, Novo, Mendes & Granero- Molina, 2016)

O treino funcional a colocar em prática neste programa de intervenção está definido por um programa de exercícios físicos direcionados para o treino da força, equilíbrio e propriocepção capaz de melhorar o desempenho físico e funcional dos participantes desta pesquisa, incrementando a sua capacidade funcional (Fernandes, Ferreira, Stolt, Brito, Clementino & Sousa, 2012).

O exercício físico é importante em todas as fases da vida humana, nomeadamente na terceira idade, quando há perda da aptidão física e consequentemente da saúde. Uma boa manutenção da massa muscular e óssea contribui para uma maior autonomia na realização das atividades do idoso (Fraccari, Piccoli & Quevedo, 2012; Nogueira, Santos, Mont'Alveme, Martins & Magalhães., 2012). Desempenha um importante papel no combate ao sedentarismo, contribuindo para a manutenção da aptidão física do idoso, revelando-se como uma boa alternativa para a melhor qualidade de vida, atrasando o processo de perda de massa muscular, melhorando a mobilidade funcional, equilíbrio, agilidade de deambulação e coordenação (Dias, Matsudo, Conti & Matsudo, 2007).

Para a realização do treino funcional foram utilizados recursos materiais tais como cronómetro (cálculo do tempo de realização), cadeira ou bola suíça, fita métrica, halteres (compreendidos entre os 0.5 e 2.5kgs) e banda elástica.

Com este programa de intervenção com base num treino funcional, para além de se objetivar a melhoria das capacidades funcionais, força e equilíbrio dos participantes tornando-os mais autónomos no autocuidado transferir-se, pretende-se ainda, fornecer um conjunto de ferramentas e conhecimentos que permitam mudanças de comportamentos. Prévio ao treino funcional, destaque para um aquecimento constituído por exercícios isotónicos, isométricos e isocinéticos e massagem com a duração de 5 minutos.

A capacitação do autocuidado transferir-se

As alterações a nível da mobilidade são particularmente importantes neste tipo de lesões, pela restrição de mobilidade física a que a situação condiciona (Hoeman et al., 2011). O ER deve avaliar o potencial da pessoa e dos obstáculos, no planeamento de

intervenções precoces e prestação de cuidados (S. P. Hoeman et al., 2011). As transferências e o respetivo treino, contribuem para a mobilidade e autonomia da pessoa. As transferências *“são um conjunto de técnicas coerentes, organizadas e padronizadas que visam facilitar a deslocação da pessoa de uma superfície para outra”* (OE, 2009, pp. 119). Estas podem ser, entre outras, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita ou banheira e vice-versa. Para executar esta intervenção, o enfermeiro deve assegurar que existe segurança, tanto do profissional como da pessoa a transferir, pelo que antes deve existir uma avaliação detalhada das necessidades e capacidades da pessoa quanto à dependência, tamanho e peso, capacidade de compreensão e motivação para colaborar (OE, 2009; Henriques & Fumincelli, 2017; Hoeman et al., 2011)

A capacitação da pessoa para o desempenho das atividades de vida diária exige tempo para ensinar e treinar, seja junto da pessoa ou da sua família, permitindo que o indivíduo realize o máximo de atividades possível (Leal, 2001).

Segundo Hesbeen (2003), o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, logo que a estabilidade hemodinâmica e neurológica o permitam, instituindo-se um plano de reabilitação à medida das necessidades da pessoa e daquilo que ela pode tolerar. Os resultados de um programa de reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapia da fala, terapia ocupacional e serviço social) com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita et al., 2012).

Antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica, o EEER deve efetuar uma correta avaliação neurológica para determinar o sentido do processo terapêutico, conduzindo ao sucesso do mesmo sendo constituído pela anamnese, exame físico e exame neurológico (estado mental, pares cranianos, motricidade com a avaliação da força e tônus muscular e coordenação motora, sensibilidade, equilíbrio e marcha), tendo que recorrer muitas vezes a um membro da família para facultar informação necessária (Menoita et al., 2012).

A reabilitação funcional da pessoa com AVC é um requisito básico no seu tratamento, estando dependente de uma série de rotinas de exercícios, que devem ser de crescimento lento, repetitivo e persistente e que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa, sendo fundamental para o sucesso do programa (Branco & Santos, 2010).

A intervenção do EEER nas primeiras 24 horas, é fundamental, passando pelos posicionamentos terapêuticos da pessoa de forma a evitar o padrão espástico e pela mobilização passiva dos membros afetados, de preferência três vezes ao dia (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

O EEER através de um plano de intervenção adequado consegue obter ganhos funcionais relevantes. Perante a pessoa com alterações neurológicas não traumáticas a intervenção de ER deve de acontecer aos seguintes níveis: alterações da mobilidade utilizando estratégias adequadas com o objetivo de recuperar força muscular, evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo de controlo postural e estimular os movimentos do hemicorpo afetado; a nível das alterações da linguagem, funções cognitivas, da deglutição, do padrão da eliminação intestinal e vesical, da integridade cutânea, da sexualidade e da alteração emocional e social (Menoita et al., 2012).

Partindo do pressuposto que o internamento se encontra associado a uma subsequente perda de força muscular e que pode elevar o grau de dependência dos utentes após uma situação de doença aguda (Koster, Mackey, Cawthon, Ferrucci & Simonsick, 2010), é fundamental a atuação do enfermeiro de reabilitação numa fase precoce, para que evite possíveis danos resultantes da perda de força muscular.

A literatura mostra-nos que o desenvolvimento da força muscular se dá principalmente pelo treino resistido, ou seja, um treino na qual se vence uma resistência, quer de uma forma dinâmica ou em isometria. Também é conhecido que a força muscular pode ser melhorada de uma forma progressiva. Fiatarone, Marks, Ryan, Meredith, Lipsitz & Evans (1990) observaram ganhos de força em oito semanas após treino resistido, mesmo em indivíduos de 90 anos. Concluimos que músculos preparados, melhoram a função articular e inevitavelmente o movimento muscular. De

acordo com Lee & Park (2013) os exercícios de fortalecimento não só aumentam a força, mas também melhoram o equilíbrio e beneficiam a autonomia das AVDs.

É da competência do EEER promover intervenções que permitam à pessoa maximizar as suas capacidades funcionais de modo a readquirir autonomia e a prevenir complicações, sendo a sua intervenção fundamental para um bom prognóstico e para o normal retorno às AVDs (Rocha, Antunes, Silva, & Farinha, 2016). Em ortopedia, o principal objetivo do tratamento, é o rápido retorno da pessoa ao seu grau de funcionalidade anterior. Este objetivo, é frequentemente comprometido quando falamos de pessoas idosas, pois nem sempre possuem a capacidade de readquirir o mesmo grau de mobilidade, funcionalidade e autonomia anteriores, agravadas muitas vezes pelas comorbidades associadas (doenças neurológicas como Doença de Alzheimer, AVC; doenças cardiorrespiratórias, etc).

A intervenção EEER é fundamental para o planeamento de ações que maximizem a funcionalidade e o desenvolvimento das capacidades da pessoa com déficit de mobilidade. O programa de reabilitação deve ser elaborado de forma personalizado, de acordo com o estado geral, após a avaliação da pessoa e dos riscos. Durante este processo, o enfermeiro deve sustentar, e incentivar a motivação da pessoa, para a sua recuperação.

A mobilização passiva, ativa-assistida, ativa e resistida são estratégias utilizadas pelo enfermeiro de reabilitação para evitar o declínio funcional da pessoa com mobilidade comprometida independentemente do porquê dessa incapacidade. Para Kisner & Colby (2007), são exercícios que visam a melhoria e a restauração da funcionalidade, prevenindo ao mesmo tempo a disfuncionalidade. Dammeyer, Dickinson, Packard & Ricklemann (2013), referem benefícios imediatos e a longo prazo de movimentos articulares, incluído a prevenção de contraturas. De uma forma breve e segundo Kisner & Colby (2007), a mobilização passiva encontra-se indicada em situações em que o utente não consegue mover ativamente um segmento ou vários segmentos do corpo, podendo estar relacionado ao repouso no leito, coma, paralisia, entre outras. Neste caso é o enfermeiro que realiza todo o movimento. Os exercícios de mobilização ativa-assistida, são necessários quando o utente necessita de ajuda para completar o movimento, ou seja, o utente consegue iniciar o movimento, mas necessita

de ajuda para alcançar a amplitude máxima. Este tipo de mobilização está indicado em caso de fraqueza muscular. Os exercícios de mobilização ativa, consistem no movimento executado pelo utente sem limitação da amplitude, em que existe contração ativa dos músculos do segmento a mobilizar. Exercícios indicados para a manutenção da elasticidade e da contratilidade dos músculos, regeneração sensorial dos músculos, promoção da integridade do osso e articulação e melhoria da circulação. Por último, as mobilizações ativas-resistidas sugerem a aplicação de uma resistência externa sobre o movimento ativo do indivíduo, visando manter a integridade das estruturas articulares, a amplitude dos movimentos, a conservação da flexibilidade e a prevenção de aderências e contraturas (Menoita, 2012).

Segundo Emídio, Antunes, Tsuneta & Oliveira (2017), a atividade física regular é uma prática recomendada na prevenção de doenças, bem como um componente importante para a melhoria da funcionalidade dos idosos principalmente, no que respeita à sua mobilidade.

5.2. METODOLOGIA

O presente plano de intervenção insere-se na metodologia de uma investigação-ação participativa, de forma a investigar a praxis no local onde ocorre e com os seus protagonistas, tendo como base características específicas, sem o objetivo de generalizações, mas procurando a transformação social (Martins, 2013). O processo decorre numa dialética capaz de introduzir ações corretivas, com oportunidade de continuidade do processo pela equipa de enfermagem.

Pretendemos dar resposta às necessidades dos doentes com AVC (internados na UAVC) e doentes submetidos a artroplastia total da anca (ATA) e artroplastia total do joelho (ATJ), internados no Serviço de Ortopedia, com o objetivo de capacitar o autocuidado transferir-se da pessoa com défice de mobilidade, recorrendo a um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A escolha desta metodologia prende-se com o facto de esta ser participativa-ativa na medida em que o investigador interage com os sujeitos ao nível da capacitação, da informação, podendo ser facilitadora nas mudanças de comportamentos (Carvalho e Silva, Ribeiro de Moraes, Figueiredo & Tyrrell, 2011). Segundo os mesmos autores, este tipo de metodologia é adequado à Enfermagem, pois viabiliza o saber escutar, o dar atenção, o ser sensível aos problemas e aos sentimentos, permitindo visualizar os sujeitos de uma forma holística, incluindo a família e comunidade. Não esquecendo a possibilidade de transformação de comportamento perante o problema, não só nível social, mas também a nível individual.

Considera-se um trabalho de natureza descritiva, que permitiu identificar e descrever as características ou fenómenos da população-alvo. Além do mais, permitiu uma descrição dos resultados obtidos, após a aplicação de diferentes instrumentos de avaliação, que avaliaram o equilíbrio, a força, a funcionalidade, dor e a capacidade de se transferir (Fortin, Côté, & Filian, 2009).

Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística descritiva com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* 24.

5.2.1. População e Amostra

A população é formada pelas pessoas dependentes no autocuidado transferir-se com défice de mobilidade, internadas nas unidades de cuidados diferenciados onde decorreu o Estágio Final, passíveis de ser alvo de cuidados de reabilitação. Os participantes foram identificados e seleccionados durante o Estágio Final, à medida que decorria o seu internamento nas respetivas unidades, procedendo-se à verificação prévia dos critérios de inclusão.

Perante a população que se pretendia incluir no plano de intervenção, houve a necessidade de recorrer a uma seleção de conveniência escolhida intencionalmente. Na perspetiva de Fortin (2003, p.202) a população define-se como “(...) uma coleção de

sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” Assim, a população-alvo do projeto de intervenção foi de encontro a uma amostragem de tipologia não probabilística, que segundo o mesmo autor, diz respeito a uma “fração da população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p.132).

A população que foi objeto de estudo durante o estágio foi aquela que apresentava determinadas características semelhantes e sobre as quais recaiu a investigação (Vilelas, 2009). Foi formada por um conjunto de doentes que satisfizeram os critérios de seleção deste projeto de intervenção, nomeadamente, doentes internados na unidade de internamento de ortopedia e UAVC, no período de 16 de Setembro de 2018 a 25 de janeiro de 2019.

Foram definidos critérios de inclusão que permitiram selecionar os doentes internados e incorporá-los no plano de intervenção de ER. Sob proposta individual e/ou do enfermeiro orientador foram incluídos os doentes com idade superior a 18 anos, conscientes e com capacidade de compreensão, com condição funcional para se mobilizarem ou ser mobilizados, assim como, para se transferirem e ainda, que após a informação fizessem o esclarecido para a sua participação.

Foram igualmente definidos critérios de exclusão como a instabilidade clínica e/ou hemodinâmica; a presença de doença neurológica degenerativa e défices cognitivos com compromisso da aprendizagem. Estes critérios de exclusão foram definidos por serem impeditivos do cumprimento de instruções e dos exercícios previamente estabelecidos, evitando o agravamento da condição clínica do doente ou o risco de eventuais lesões músculo-esqueléticas.

Aplicados os critérios ao longo do período de estágio a amostra constituiu-se de 33 pessoas dependentes no autocuidado transferir-se e com défice de mobilidade, sendo que 18 dos participantes estavam internados na UAVC e 15 no Serviço de Ortopedia.

5.2.2. Variáveis e Instrumentos de Colheita de Dados

O processo de colheita de dados consiste na recolha de forma sistemática da informação junto dos participantes, com a ajuda de instrumentos de medida devidamente validados. Para Bell (1997, p. 85), ao fazer uma colheita de dados “Há que seleccionar métodos porque são estes que fornecem a informação (...). Há que decidir quais os métodos que melhor servem determinados fins e, depois, conceber os instrumentos de recolha de informação mais apropriada para o fazer”.

Segundo Fortin (2006), de forma a escolher o método de colheita de dados, o investigador deve ter em conta os objetivos que pretende atingir e adequar um método à obtenção dos seus objetivos, para que desta forma possa seleccionar o método ou o instrumento para a colheita de dados. A recolha de dados, foi realizada através de um questionário para obtenção dos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil e escolaridade), pratica de atividade física, antecedentes pessoais de saúde/ doença relevantes e diagnóstico médico onde, se fez registo de toda a informação.

Menoita (2012), afirma que a correta neuro avaliação das alterações, ou potenciais alterações do estado neurológico pode ser a chave para o sucesso da reabilitação, na medida em que permite identificar as limitações na capacidade funcional da pessoa, por forma a rentabiliza-la na promoção da sua máxima independência, através da aprendizagem de diferentes modos de executar as funções.

Na prática clínica o EEER recorre ao uso de Escalas de avaliação para proceder à monitorização da força dos diferentes segmentos corporais. É através dessa avaliação e direcionando as intervenções adequadas, que se consegue adquirir um ganho em qualidade e elevar o grau de independência dos utentes após uma situação de doença aguda (Koster, et al,2010).

Para objetivar a avaliação neurológica e funcional dos participantes, foram mobilizadas as escalas: **Avaliação neurológica / Avaliação cognitiva**- NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) específica para a pessoa com AVC e Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), para avaliação cognitiva dos doentes internados no serviço de ortopedia; **Dor** - Escala de Dor (Escala visual analógica); **Força muscular** - Escala de Lower; **Equilíbrio** - Escala de Berg; **Desempenho das atividades de vida diárias** – **Funcionalidade** - Índice de Barthel e **Risco de queda** – Escala de Queda de Morse.

A avaliação de enfermagem, com base em medidas válidas e objetivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planejamento dos cuidados. Neste contexto, cada instrumento deve ser capaz de medir o domínio de interesse, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação entre disciplinas, doentes e famílias, medir a eficácia do tratamento e determinar os benefícios das intervenções de reabilitação (Hoeman, 2011).

Compromisso Neurológico dos doentes com AVC: NIHSS

Define-se como uma escala funcional aplicada a indivíduos com acidente vascular cerebral (AVC) (Soriano & Baraldi, 2010), com o objetivo de avaliar o compromisso neurológico. É composta por 11 itens, sendo cada um deles mensurável de acordo com o déficit apresentado. Aproximadamente 60 a 70% dos pacientes com AVC isquémico agudo com pontuação <10 têm prognóstico favorável após um ano (Guedes, Lins, Almeida, Neto, Araújo & Franco, 2013).

Nas primeiras 24 horas após o AVC, o paciente deve ser sujeito a uma avaliação do nível de consciência, campo visual, paralisia facial, força motora, ataxia, linguagem, disartria e atenção, segundo os critérios da National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS (Soriano & Baraldi, 2010).

A NIHSS é composta por 11 domínios (nível de consciência, movimentos oculares, campo visual, movimentos faciais, função motora do membro superior e do membro inferior, ataxia de membros, sensibilidade, linguagem, disartria, negligência espacial), a sua pontuação varia entre 0 e 4. Com a soma da pontuação de cada item é obtido um score total, e quanto maior for o seu valor, maior é o comprometimento neurológico. Considera-se que o resultado da avaliação de 0 a 5 indica um comprometimento neurológico leve, de 6 a 13, comprometimento moderado e acima de 14, comprometimento neurológico grave (Campos, Dantas, Melo & Oliveira, 2014).

Capacidade Cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um teste que permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). É um dos instrumentos mais utilizados no rastreio de défice cognitivo. Em Portugal, os valores normativos deste teste foram estabelecidos há cerca de vinte anos, podendo já não estar adaptados à população atual (Morgado, Rocha, Guerreiro & Martins, 2009).

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usada como teste de rastreio para perda cognitiva, mas não pode ser usada para diagnosticar demência (Chaves, 2009).

É um dos instrumentos mais utilizados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo devido à sua brevidade e facilidade de administração (Berger et al, 2005, citados por Nunes, 2017).

Inclui onze itens, divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um *score* imediato, somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso.

Em termos de validade de conteúdo, o MEEM avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. Embora análises fatoriais tenham usado diferentes tipos de amostras e versões do MEEM, facilmente identificam fatores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009).

O desempenho face a este instrumento de avaliação é influenciado pela idade e escolaridade, no entanto os valores definidos baseiam-se somente na literacia. Com base nesta, não apresenta défice cognitivo um indivíduo idoso analfabeto com pontuação

superior a 15 pontos, com nível de escolaridade entre um e onze anos deve ter pontuação superior a 22 pontos e com nível de escolaridade superior a onze anos é pertinente apresentar pontuação superior a 27 pontos (Santana, Duro, Lemos, Costa, Pereira, "...” & Freita, 2016). Morgado (2009) propôs os seguintes valores operacionais de “corte” do MEEM para a população portuguesa atual: 22 para literacia de 0 a 2 anos, 24 para literacia de 3 a 6 anos e 27 para literacia igual ou superior a 7 anos.

Grau de Dor: Escala de Dor

A Dor, define-se como uma experiência multidimensional desagradável que envolve não só a componente sensorial como, uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Existe uma grande variabilidade na perceção e expressão da Dor, face a uma mesma estimulação dolorosa. (DGS,2003)

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, sendo a mesma denominada como o 5º sinal vital (DGS, 2008). Para se proceder à avaliação da intensidade da dor, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve recorrer a um instrumento de avaliação validado, tal como a **Escala Visual Analógica** que, para efeito dos registos é convertida em escala numérica. Esta escala consiste numa linha horizontal, ou vertical, com dez centímetros de comprimento, na qual se encontra assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a categorização “Dor Máxima” (DGS,2003).

A maioria das escalas avalia a dor numa proporção de 0 a 10 pontos em que a maior pontuação significa Dor máxima. Segundo a DGS (2003), numa escala de 0 a 10, o valor que indica necessidade de intervenção farmacológica é um valor ≥ 3 , ou seja uma dor ligeira. A categorização da dor depende da amplitude da escala, mas numa escala de 0 a 10 pontos os valores de corte são: • 0- Sem dor; 1-3 dor ligeira; 4-6 dor moderada; 7-9 dor intensa e 10 a dor máxima.

Força Muscular: Escala de Lower

A Escala de Lower está indicada para avaliação da força muscular dos vários segmentos articulares do corpo humano bilateralmente. É uma escala ordinal, que varia entre zero a cinco (0/5), em que o zero corresponde à ausência de contração muscular ou movimento e o cinco corresponde ao movimento normal contra a gravidade e resistência (Menoita et al., 2012).

A força muscular foi aferida utilizando-se o Exame Manual de Força Muscular nos músculos-chave de membros inferiores direito e esquerdo: L2 (flexores de coxofemoral), L3 (extensores de joelhos), L4 (flexores de tornozelos), L5 (extensores de hálux) e S1 (extensores de tornozelos), calculando-se o: AIS Lower Extremities Muscle Score (AIS-LEMS) pela soma da pontuação de força muscular nos dez músculos-chave aferidos. O escore varia de 0 a 50.

Equilíbrio Corporal: Escala de Equilíbrio de Berg

O equilíbrio corporal é definido como a manutenção de uma postura particular do corpo com um mínimo de oscilação (equilíbrio estático) ou, a manutenção da postura durante o desempenho de uma habilidade motora que tende a perturbar a orientação do corpo (equilíbrio dinâmico) (Figueiredo, Lima & Guerra, 2007).

A escala de equilíbrio de Berg foi criada em 1992 por Katherine Berg e tem tido larga utilização na avaliação do equilíbrio, na população acima dos 60 anos. Foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Brasil) por Miyamoto et al. em 2006, na sua dissertação de mestrado, pelo que a versão brasileira é um instrumento confiável para ser usado na avaliação do equilíbrio da população idosa (Silva, Almeida, Cassilhas, Cohen, Peccin, Tufik & Mello, 2007).

A escala de equilíbrio de Berg é composta por 14 itens envolvendo tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio. Tem uma pontuação máxima de 56 pontos, possuindo cada item uma escala ordinal de 5 alternativas que variam de 0 a 4 pontos. O teste é simples, fácil de administrar e seguro para a avaliação de pacientes idosos (Silva et al, 2007).

Uma pontuação entre 0 a 20 indica mau equilíbrio, e entre 40 a 56 pontos indica bom equilíbrio (Oliveira, Goretti & Pereira, 2006). Estes pontos devem ser subtraídos, caso o tempo ou a distância não sejam atingidos ou o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa ou de suporte no esterno (Abreu & Caldas, 2008). Portanto, quanto maior for o score, maior é o equilíbrio e menor é o risco de queda. Pontuações finais que variam entre 0 a 20 representam compromisso grave com diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio. (Blum & Komer – Bitensky, 2008). Um valor de corte de 45 pontos é considerado preditor de queda, e um índice menor ou igual a 36 pontos está associado a 100% de risco de queda (OE, 2016a).

Como material necessário para a aplicação prática é necessária uma régua, um relógio, duas cadeiras (com e sem braços) e um banco. No que se refere ao tempo de execução este é de aproximadamente de 30 minutos.

Inclui uma série de atividades nomeadamente a coordenação e equilíbrio, a capacidade de mudança de decúbito, a avaliação das transferências, a transferência de carga para a frente e para os lados, sendo atividades desenvolvidas em diferentes situações de disposição da base de sustentação (OE, 2016a).

Esta escala é utilizada no dia-a-dia dos profissionais de saúde para avaliação do equilíbrio dinâmico e estático dos pacientes, mas também, para a realização de estudos científicos de validação de outras escalas, avaliação de riscos de quedas em diferentes grupos de indivíduos e ainda como instrumento de avaliação em estudos de desenvolvimento de boas práticas para a capacitação do equilíbrio (Pimentel & Scheicher, 2009).

Independência Funcional: Índice de Barthel (IB)

O Índice de Barthel define-se como um instrumento de avaliação da independência funcional e da morbilidade em doentes com patologia crónica, fornecendo informações pertinentes sobre a necessidade de cuidados (Vigia, Ferreira & Sousa, 2016). Avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários,

tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007).

Na sua versão original, a pontuação está compreendida entre 0 e 100, na qual a pontuação mínima (zero), equivale a dependência máxima na realização de todas as AVDs e, a pontuação de 100 corresponde a independência total na sua realização (Vigia et al, 2016; Menoita, 2012).

Desde a sua publicação, o Índice de Barthel vem sofrendo algumas alterações com a criação de novas versões que se distinguem da original por aumentar ou diminuir as atividades avaliadas ou por alterar o sistema de pontuação (Araújo et al., 2007).

O IB foi desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, encontra-se traduzido e validado em Portugal.

No estudo realizado para validação do IB numa amostra de idosos não institucionalizados, revelam que o IB é um instrumento com um nível de fidelidade elevado, com um alfa de *Cronbach* de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$ (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Para Sequeira (2007) uma versão do Índice de Barthel, os pontos de corte, são: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente.

Araújo et al. (2007), afirmam que o Índice de Barthel surge como um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica. Neste contexto emerge como mais significativo a avaliação dos itens do que o resultado global, porque permite identificar a que níveis se encontram as incapacidades. Ainda segundo este autor, o estudo das propriedades psicométricas do IB revelam que, este instrumento é efetivamente fiável e que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de dependência das pessoas idosas, de uma forma objetiva nos serviços de saúde.

Risco de Queda: Escala de Queda de Morse (EQM)

A Escala de Queda de Morse foi desenvolvida por Janice Morse, a qual iniciou a sua construção em 1985, terminando-a em 1989. Escala aplicada a nível internacional e em Portugal em várias unidades hospitalares (DGS,2012).

A sua tradução para a língua portuguesa aconteceu em 2013 e, a sua validação para a população portuguesa aconteceu em 2014, num estudo com 120 enfermeiros que aplicaram a escala a 200 doentes, concluindo existir uma boa concordância entre os avaliadores na utilização da escala, apurando-se uma validade convergente satisfatória (Urbaneto, Creutzberg, Franz, Ojeda, Gustavo, Bittencourt“...” & Farina, 2013; Costa-Dias, Ferreira & Oliveira,2014).

Urbanetto et al. (2013), afirmam que este instrumento se destaca pela aparente simplicidade dos seus itens de avaliação, desenhada para adultos e amplamente utilizada no nosso país. A escala deve ser calibrada para cada contexto para que as estratégias de prevenção sejam dirigidas aos doentes que estão em maior risco (Costa-Dias et al, 2014).

As escalas predizem o risco de queda e a sua aplicação permite identificar os fatores de risco e, orientar no planeamento das intervenções. A EQM foca seis itens com duas ou três opções de resposta para cada um ao qual se atribui uma pontuação, sendo que, o somatório das pontuações obtidas em cada um dos seis itens, resulta num score que indica o risco de queda. Os pontos de corte definidos pela autora da escala situam-se no intervalo entre 25 e 55 pontos, sugerindo que o ponto de corte para alto risco de queda num hospital de doentes agudos, ou numa unidade de doentes cirúrgicos onde poucos doentes terão um risco de queda alto, seja colocado no score 25. Pelo contrário nos hospitais ou nas unidades destinadas a doentes crónicos ou unidade de doentes com patologia cerebrovascular, a autora sugere que o score de alto risco seja aferido para o score 45 (Costa-Dias et al, 2014).

Esta escala tem em consideração os antecedentes de queda/história de queda, o diagnóstico secundário, a apoio na deambulação, a terapia endovenosa em perfusão, o tipo de marcha e o estado mental/perceção mental (Morse, 2009).

5.2.3. Plano de Intervenção

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação após o diagnóstico, planeia a sua intervenção torna parceiro o doente / família a reabilitar, através da conceção de planos de intervenção. Estes, visam promover as capacidades adaptativas perspetivando o autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, mobilizando os recursos disponíveis integrados no processo de cuidados global de outros cuidados de enfermagem e, das intervenções de outros elementos da equipa interdisciplinar, tendo por base a unidade de competência J1.2 do Regulamento das competências de EEER.

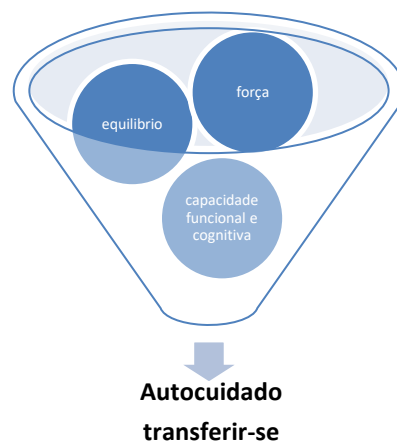
A elaboração do plano de intervenção teve como objetivo a capacitação para a autonomia, sendo que, a autonomia funcional pode ser compreendida como a ação que está relacionada à independência física ou à capacidade de realização de tarefas do dia-a-dia.

O conceito de autonomia baseia-se na capacidade de tomar decisões. A autonomia para o autocuidado significa que a pessoa consegue executar o seu autocuidado, englobando a sua capacidade funcional e o “estar orientado”, segundo Sequeira (2010) é a “capacidade da pessoa para gerir a sua própria vida” (p.5).

De acordo com a linguagem CIPE, o plano teve como foco o autocuidado transferir-se. Para este foco, foram consideradas três variáveis passíveis de serem avaliadas, através de critérios sustentados no padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2016b). Critérios necessários ao levantamento de diagnósticos de enfermagem (Apêndice 2). Assim, para dar resposta ao autocuidado transferir-se surgem as variáveis força muscular, equilíbrio

postural e capacidade funcional e cognitiva. Para melhor compreensão do plano apresenta-se o respetivo fluxograma que compreende o foco e as respetivas variáveis.

Figura nº 2 - Fluxograma do plano de intervenção



Uma vez identificado o compromisso no autocuidado transferir-se no doente, impõe-se o planeamento dos cuidados de enfermagem, visando a reeducação da transferência. É fundamental a avaliação da capacidade do doente para se transferir de forma autónoma, atendendo à sua capacidade funcional e cognitiva, ao movimento corporal e equilíbrio, assim como, à sua força muscular. Toda a história clínica atual e pregressa e, avaliação de enfermagem fornecem dados fundamentais que juntamente com o plano de intervenção apontam para uma melhoria das capacidades neuro motoras, resultando em benefícios no desempenho das atividades de vida diárias, e em consequência de tudo isso uma melhor qualidade de vida (Emídio et al,2017).

Estratégias de Intervenção Profissional

Para uma implementação e desenvolvimento mais eficientes do plano de intervenção foram desenvolvidas estratégias profissionais ao longo de quatro etapas (Figura 3)

Figura nº 3 - Etapas de intervenção profissional



A avaliação inicial, fase de inauguração deste processo, acontece na primeira abordagem ao doente tendo em consideração as variáveis de caracterização individual, a história clínica atual e pregressa e a aplicação das escalas de avaliação.

Segundo Sequeira, (2018, p. 49) a avaliação precoce e a monitorização das limitações e défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas as suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, a nível de prevenção da deterioração e contribui para uma maior satisfação.

A importância de uma completa avaliação inicial é defendida por Hoeman (2011) ao referir que uma avaliação completa é essencial a uma intervenção clínica apropriada e a avaliação funcional é central ao planeamento e execução dos cuidados recuperativos.

Na segunda fase, procedeu-se à análise dos dados de avaliação e identificação dos fatores de risco intrínsecos presentes em cada participante, para consequente definição dos diagnósticos de ER. Com base nos diagnósticos de enfermagem foi elaborado o plano de intervenção individual, o qual foi atualizado, consoante os dados de avaliação dos resultados.

Na terceira etapa ocorreu a implementação do plano de intervenção específico a cada participante durante um período mínimo de quatro dias. Foram realizadas três avaliações com recurso aos instrumentos e escalas da avaliação inicial, ou seja, realizada avaliação de grau de dor, equilíbrio, força muscular, grau de dependência no desempenho das AVDs e risco de queda em três diferentes tempos (início, após dois dias de realização de plano de intervenção e após o 4º dia). As escalas de avaliação cognitiva apenas foram aplicadas na primeira etapa do plano de intervenção.

Os planos de intervenção tiveram em conta o potencial de reabilitação de cada pessoa, bem como a mobilização dos recursos do serviço. Existiu um planeamento diário das atividades a desenvolver, o que foi fundamental para uma correta avaliação das necessidades que surgiam ao longo da implementação do programa de reabilitação, da motivação, competências no autocuidado: higiene corporal e previsão de duração do internamento.

Com base no défice, o plano incidiu nas necessidades individuais de cada pessoa e sempre em segurança, dado que a ocorrência de quedas, hipotensões ou outros eventos podiam existir. As intervenções de ER tiveram enfoque na força e equilíbrio corporal: mobilizações articulares, treino de força muscular, programas de exercícios de amplitude de movimento, treino de motricidade fina, treino de equilíbrio estático e dinâmico e treino das AVDs com destaque para o treino de transferências com vista à capacitação do autocuidado transferir-se.

Figura nº 4. - Estratégias de Intervenção profissional e resultados esperados

Estratégias de Intervenção profissional e resultados esperados			
Foco	Variável	Estratégias de intervenção de enfermagem	Resultados esperados
	Equilíbrio	- Avaliar equilíbrio corporal <ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio estatístico/dinâmico sentado Equilíbrio estático /dinâmico ortostático 	Melhorar equilíbrio estático e dinâmico; Prevenir e corrigir defeitos posturais; Manter alinhamento tronco e membros;
	Corporal	- Estimular a manter equilíbrio corporal <ul style="list-style-type: none"> Correção postural 	
		- Executar técnica de equilíbrio corporal <ul style="list-style-type: none"> Alternância de carga nos membros superiores Alternância de carga nos membros inferiores Apoio unipodal Exercícios de coordenação de movimentos Facilitação cruzada Treino funcional 	Promover segurança para a segurança na transferência;
		- Monitorizar equilíbrio corporal através de Escala de Berg	
		- Avaliar capacidade para transferir-se	

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Déficit de Mobilidade

Autocuidado	- Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se	Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;
	- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se	
Transferir-se	- Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se	
	- Treinar técnica de adaptação para transferir-se	
Força Muscular	Avaliar força muscular dos diferentes segmentos	
	Estimular a participação nos exercícios de fortalecimento muscular	
	- Executar técnicas de exercício muscular: <ul style="list-style-type: none"> Exercícios isotônicos e isométricos nos membros inferiores, com recurso a halter e banda elástica; Exercícios isotônicos e isométricos nos membros superiores Auto mobilizações Treino funcional 	Ganhos para a autonomia e segurança;
	Monitorizar a força muscular dos diferentes segmentos através da Escala de Lower	
Capacidade funcional e cognitiva	Avaliar a capacidade funcional: <ul style="list-style-type: none"> Estado de consciência Propriocepção Cognição Autonomia 	
	Estimular a funcionalidade <ul style="list-style-type: none"> Treino proprioceptivo Treino de AVDs 	
	Executar técnicas de capacitação da funcionalidade <ul style="list-style-type: none"> Exercícios de coordenação de dextra e motora Exercícios de estimulação da memória e motricidade 	Ganhos para a aprendizagem, funcionalidade e autonomia;
	Monitorizar a capacidade funcional através do Índice de Barthel Monitorizar a capacidade cognitiva através da Escala NIHSS e MMSE	

Por fim, na quarta etapa foi realizada a avaliação dos resultados obtidos durante os quatro dias de intervenção e, reavaliado o diagnóstico de enfermagem.

Análise de estratégias de intervenção profissional

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, evidenciam-se as atividades terapêuticas com a finalidade de manter a mobilidade articular, recuperar o controlo motor e evitar o desenvolvimento da espasticidade, promovendo também desta forma a circulação sanguínea (Menoita *et al*, 2012), servindo de contributos para a melhoria das variáveis intervenientes na autonomia do autocuidado transferir-se.

As capacidades neuro motoras englobam vários aspetos (força, flexibilidade, velocidade, coordenação motora e equilíbrio), sendo que, as atividades de vida diárias ficam afetadas face à inibição dessas capacidades, o que leva à dependência para as realizar (Araújo, Moreira, Villegas, Loureiro, Israel, “..” & Killemann, 2015).

Frequentemente, em pessoas com AVC e naquelas sujeitas a cirurgia osteoarticular, as reações posturais automáticas não funcionam, ou por déficit neurológico ou por dor, impedindo a pessoa de utilizar movimentos necessários para a manutenção da postura, fundamentais para a realização de atividades funcionais como o rolar e arrastar na cama, sentar e deitar, tornando-a dependente nas AVDs. Para estas alterações em muito contribuem as alterações da força muscular (Menoita et al., 2012).

A imobilidade e a limitação da funcionalidade representam um risco elevado, tanto relacionado com alterações decorrentes do foro físico, como com alterações do equilíbrio, coordenação e marcha, aumento da dor e alterações psicológicas (Hoeman, 2011).

Silva & Croci (2015) referem que os cuidados de enfermagem de reabilitação assumem elevada importância no sucesso do tratamento dos utentes submetidos a artroplastia total do joelho, devendo estes ter início no pós-operatório imediato, uma vez que a ausência destes cuidados pode contribuir negativamente para a diminuição da função da articulação intervencionada, originando diferentes graus de insucesso. O compromisso demarcado da mobilidade articular nos doentes submetidos a cirurgia osteoarticular, encontra-se diretamente relacionado com a inatividade no leito, o desuso, a fadiga, a intolerância à atividade, a fraqueza muscular e o edema e/ou dor articular (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011).

Na evidência científica em resultado de investigações levadas a cabo, verifica-se que o treino precoce de controlo do tronco pode melhorar significativamente a função do equilíbrio e a capacidade motora de doentes com AVC agudo (Wang, Long, Yuan, Duan, Hui, Wang, "...Mou, 2017).

De entre a literatura consultada, dos programas de exercícios para a reabilitação do equilíbrio corporal constavam exercícios do tipo: transferências de peso de uma perna para outra, treino de balanço na cama, treino de equilíbrio unipedal, andar por cima de uma linha reta, exercícios de inclinação para a direita e esquerda, treino de mudança de decúbito, tocar num objeto suspenso sem sair do sítio e exercícios no leito com bola suíça (Sartori et al., 2009; Veerbeek, Wegen, Peppen, Van der Wees, Hendriks, Rietberg & Kwakkel, 2014).

Melhorar o equilíbrio corporal através da correção da postura em frente de um espelho é referido por Lourenço e Mendes (2010), para potenciar a autonomia no autocuidado, tais como a transferência e marcha.

A força muscular é um elemento de destaque em todo o processo de reabilitação em diferentes cenários patológicos. Quer nas doenças do foro neurológico ou nas de etiologia osteoarticular, a força muscular tem uma grande influência no sucesso da reabilitação uma vez que, interfere no controlo motor, equilíbrio e toda a capacidade funcional.

Preto et al (2016), afirma que a manutenção de bons níveis de força muscular, é essencial à marcha segura e à execução de inúmeras tarefas quotidianas como carregar objetos, sentar e levantar de uma cadeira, subir e descer escadas com segurança, entre outras, tarefas que surgem sempre após o processo de transferência de sucesso. Estes autores, corroboram esta informação ao desenvolverem um estudo sobre os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados durante 3 meses. Neste estudo, conseguiram alcançar resultados reveladores de melhorias muito significativas na aptidão funcional dos participantes, traduzidas em ganhos em saúde.

Uma vez que o plano de intervenção teve desenvolvimento em duas unidades tão distintas, houve necessidade de adequar o treino às diferentes realidades, assim como, à condição de cada pessoa. Para além da preocupação do ajuste do treino, verificou-se ainda, a mobilização de estratégias e integração de acessórios que motivassem e mantivessem a pessoa interessada na continuidade do processo de reabilitação.

A capacidade funcional e cognitiva, está na maioria das vezes comprometida com o avançar da idade da pessoa. Os idosos podem sofrer declínios em vários domínios cognitivos, incluindo a memória, atenção e velocidade de processamento (Machado, Ribeiro, Cotta & Leal, 2011). Assim sendo, de modo a prevenir o compromisso cognitivo, a estimulação cognitiva, pode levar a prevenção da dependência nos autocuidados nos idosos (Apostolo, 2012).

A capacidade funcional e cognitiva sofre compromissivo sempre que a pessoa se encontra em situação de doença. A pessoa acometida por uma situação de doença, vê-se inibida, por diversas razões, de concretizar e dar resposta às suas necessidades básicas com compromisso da sua funcionalidade quer motora quer cognitiva.

Atualmente, existe uma grande variedade de modalidade de prática de exercício físico com destaque para o treino funcional. O treino funcional tem como objetivo melhorar a capacidade funcional das pessoas, incorporando um conjunto de exercícios que estimulam os neuroreceptores propriocetivos presentes no corpo, estimulando a capacidade motora, favorecendo o empoderamento dos mecanismos de propriocepção, capacitação do equilíbrio, diminuição dos défices e aumento da eficácia de movimentos (Gleria & Sandoval 2011).

Integrante desse treino encontram-se exercícios de flexibilidade, força, coordenação, resistência e treino de equilíbrio (estático e dinâmico) sentado e de pé, técnica de levante, transferências e o treino de marcha. Foram realizados treinos de algumas AVDs, como higiene, alimentar-se, vestir-se e uso do sanitário, mas a principal preocupação foi a capacitação do autocuidado transferir-se. O treino com condição de dupla tarefa revelou-se importante no desenvolvimento da aptidão funcional cognitiva.

Desta forma, identificada a capacidade funcional e cognitiva da pessoa e, sabendo que a autonomia no autocuidado transferir-se era o objetivo a atingir, os exercícios objetivaram: o aumento da força muscular; aumento ou manutenção da amplitude do movimento; melhorar a coordenação dos segmentos corporais; facilitar a resposta propriocetiva; ensinar sobre o manuseamento e movimentação do hemisfério afetado (doentes com AVC); desenvolver a estabilidade postural na posição de sentado e em pé; desenvolver o controlo nas transições de movimento como rolamentos e movimentos do decúbito dorsal para a posição de sentado; melhorar o controlo do tronco e da pélvis e desenvolver o controlo do equilíbrio dinâmico, inclusive reações de equilíbrio e de proteção.

Importa salientar que as mobilizações articulares são de extrema importância, uma vez que, contribuem significativamente para o aumento ou recuperação do grau de força muscular, facilitam as atividades no leito, conservam a amplitude articular,

promovem a consciencialização do lado afetado (nos doentes com AVC). Incluídas após massagem como preparação e aquecimento para início do treino funcional.

A técnica da facilitação cruzada é uma das atividades que pode ser utilizada na reeducação do novo esquema corporal, inibindo também a espasticidade do hemicorpo afetado (DGS, 2010). Tem como objetivos estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e a sensibilidade postural e reeducar o reflexo postural e o esquema corporal (Menoita et al, 2012), através do trabalho /estimulação sobre o lado afetado para além da linha média do corpo, de forma a iniciar as atividades de recuperação bilateral.

Para criar e promover um estímulo sistemático, é essencial que os doentes com AVC sejam abordados e tocados pelo lado afetado e que a disposição do quarto/unidade também contribua para esse estímulo, salvo se os doentes apresentarem negligência unilateral. Deste modo, todos os elementos e objetos utilizados (cama, mesa de cabeceira, cadeira) devem estar no lado do hemicorpo afetado, promovendo assim uma constante estimulação do mesmo e consequentemente a sua consciencialização (Menoita et al, 2012 e DGS, 2010).

Uma vez estabilizada a situação clínica dos doentes com AVC e os doentes submetidos a cirurgia osteoarticular iniciarem levante, este deve ser incluído no programa de reabilitação associado a uma avaliação e treino do equilíbrio, tanto sentado como ortostático.

O treino de equilíbrio na pessoa com AVC tem como objetivos: reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural ao efetuar carga nos membros afetados (superior e inferior), estimular os músculos do hemicorpo afetado e preparar para a marcha (Menoita et al., 2012).

O levante nos doentes com AVC deve ser realizado como a abordagem ao mesmo, ou seja, pelo lado afetado, exceto nos casos de negligência unilateral como já foi referido.

A hemiparesia e a hemiplegia, situações saquelares do AVC, provocam uma assimetria postural com distribuição menor no lado do hemicorpo afetado, comprometendo o equilíbrio.

Após o levante, e durante o tempo em que os doentes se encontram sentados na cama, mantendo as mãos de lado, com os pés apoiados no chão, é avaliado o equilíbrio estático sentado. Para a avaliação e treino do equilíbrio sentado dinâmico, os EEER provocam ligeiro balanço no tronco dos doentes, de modo a estes compensarem o movimento e recuperarem o equilíbrio (Menoita et al, 2012). Progressivamente os doentes podem fazer este treino de equilíbrio de forma autónoma e recorrendo ao uso de uma bola suíça.

A transferência dos doentes com AVC da cama para a cadeira ou o cadeirão pode ser realizada com ajuda total, parcial ou sem ajuda, dependendo da lesão e do estado do doente (Menoita et al, 2012). Inicialmente a transferência poderá ser uma atividade passiva-ativa, com apoio e intervenção dos enfermeiros de reabilitação mas com o treino e reeducação do equilíbrio corporal, a ajuda deverá ser cada vez menor no sentido de promover a autonomia do doente.

No que concerne aos doentes submetidos a cirurgia osteoarticular, Marques-Vieira & Sousa (2016), referem que os exercícios terapêuticos instituídos no pós-operatório constituem um pilar fundamental na recuperação dos doentes com artroplastia total do joelho, pois visam permitir recuperar a função do joelho, restaurando a força e a resistência contribuindo para a promoção da mobilidade, coordenação motora e funcionalidade. O início da reabilitação nas primeiras 24 horas do pós-operatório, permite diminuir o tempo de internamento, assim como minorar o número de sessões necessárias para a pessoa alcançar a independência funcional (Carvalho & Sousa, 2016). No doente submetido a ATJ é fundamental instruí-lo sobre a importância de treinar a realização das diferentes atividades de vida, tais como ensinar estratégias adaptativas para vestir/despier, estratégias para tomar banho, estratégias adaptativas na utilização do sanitário e transferências.

A recuperação da articulação do joelho no período pós-operatório deverá iniciar-se nas primeiras horas, com o recurso a exercícios de ADM, com o intuito de melhorar a adaptação à prótese, o mesmo se aplica ao doente submetidos a ATA.

O sucesso da prótese depende essencialmente dos exercícios de mobilização da articulação que, também promovem a integridade das estruturas articulares e a amplitude dos movimentos, conservando a flexibilidade. A mobilização da articulação também previne aderências e contraturas, melhorando o retorno venoso e linfático, estimula a sensibilidade propriocetiva, proporcionando uma manutenção do equilíbrio, agilizando a pessoa para a posição de sentada e ortostática (Menoita et al, 2012; Hoeman, 2011). No decurso da reabilitação funcional, os doentes devem adquirir pelo menos uma parte da sua capacidade funcional, voltando a exercer as suas funções na sociedade (Spósito, Santos, Oba & Crocker, 2008). Deste modo, a reeducação funcional no pós-operatório assume importância capital para os doentes, auxiliando no alívio dos sintomas, no cumprimento das atividades diárias, melhorando a funcionalidade e contribuindo para um aumento da qualidade de vida (Silva, Shepherd, Jackson, Pratt, McClung, & Schmalzried, 2010). No pós-operatório imediato, a preocupação maior dos cuidados centra-se no posicionamento, assim como o ganho de ADM e o controlo da dor, com a progressiva mobilização passiva manual incidindo no movimento dos 0 graus até aos 90 graus, de acordo com a tolerância do doente. Na fase seguinte o enfoque será para a reativação e para o fortalecimento do quadríceps, bem como o treino de marcha assistida com andador e seguidamente das canadianas. O tratamento evolui para o recurso a exercícios associados com resistência, como é o caso das *theraband* (*faixas elásticas com resistência*) e bicicleta ergométrica (Ciolac & Greve 2011).

Neste período os objetivos da enfermagem de reabilitação tem o seu foco na prevenção de complicações associadas à diminuição de movimento, o incremento no aumento da força muscular e da mobilidade, a manutenção e aumento da capacidade nas atividades que caracterizam a recuperação motora, a prevenção de lesões ou traumatismos durante as atividades, a aquisição de conhecimentos no uso correto dos dispositivos compensatórios e da adaptação à mobilidade de modo a interagir nas

atividades sociais e ocupacionais, aliadas ao seu bem-estar (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

No que respeita aos exercícios isométricos, há que ter em conta: as contrações isométricas abdominais; as contrações isométricas dos glúteos; as contrações isométricas do quadrícipite (Lesh, 2005). Para a execução destes exercícios a força e a tensão geradas são provenientes do interior do músculo, apesar de não ser gerado trabalho real. Estes exercícios habitualmente são prescritos nas fases iniciais da reabilitação, porque a natureza estática do exercício pode evitar irritação numa articulação ainda muito dolorosa (Lesh, 2005). Tomando como padrão um exercício isométrico para o quadrícipite, o mesmo é realizado com os membros estendidos, com recurso a um rolo de toalha por baixo do tornozelo de modo a empurrar para baixo e segurar por 10 segundos, retomando a posição inicial (Faloppa, Albertoni, Santarosa, Galbiatti & Komatsu, 2009). São particularmente importantes na recuperação da força muscular e da melhoria da funcionalidade, os exercícios isométricos e isotónicos (Shakespeare & Kinzel, 2005). Estes exercícios tal como defende Borges (2015) deverão iniciar-se no pós-operatório imediato, bem como os exercícios isotónicos, uns e outros devem ser realizados com a dor controlada.

Estes são planeados para permitir o desenvolvimento da tensão no músculo e deste modo gerar um encurtamento ou alongamento do comprimento do músculo, definido pela flexão/extensão do joelho e pela dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica. Contudo, potencia a extensão do joelho intervencionado, o procedimento da extensão lombo-pélvica com ou sem recurso do trapézio, a transferência da cama para a cadeira de rodas, bem como na deslocação para o sanitário, o treino de marcha com recurso a canadianas e o treino de subir e descer escadas (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Borges (2015) também refere que uma das preocupações em termos de cuidados de enfermagem neste período, prende-se com a redução dos níveis de dor e o seu controlo e a utilização de crioterapia por ação direta, traduz-se num benefício importante no período pos-operatório dos doentes submetidos a artroplastia (anca ou joelho). A aplicação de gelo local contribui para minimizar o desconforto, com o objetivo de reduzir o edema, a dor, traduzido na redução do risco de hemorragia. A

aplicação de frio por ação direta nos terminais nervosos, diminui o impulso nervoso levando à diminuição da dor, além de permitir reduzir a hiperemia e o edema provocado pela vasoconstrição (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Considerada como benéfica no pós-operatório imediato (Marques & Kondo, 1998; Morsi, 2002), torna-se eficaz na diminuição do desconforto local associado aos exercícios instituídos. Embora Adie, Kwan, Naylor, Harris & Mittal (2012) afirmem que são necessários mais estudos randomizados para melhorar a confiabilidade demonstrada relativamente ao uso da crioterapia no pós-operatório de doentes submetidos a ATJ, sendo este procedimento de utilização da crioterapia, uma prática uniformizada nos cuidados aos doentes deste serviço, na necessidade da reabilitação funcional do joelho dever ser uniformizada, ancorar num protocolo sistematizado e estandardizado (Jakobsen, Husted, Kehlet & Bandholm, 2012).

A tala dinâmica ou artromotor é também usada na reabilitação funcional do joelho. Considerada como prática complementar, é uma opção que apresenta benefícios na recuperação da amplitude de movimento nos doentes submetidos a artroplastia total do joelho. Este dispositivo motorizado executa mobilizações passivas contínuas prevenindo a rigidez articular, potenciando a cicatrização da cartilagem e/ou ligamentos lesados, reabsorvendo hematomas, favorecendo a circulação sanguínea e linfática na prevenção de doenças tromboembólicas (Lesh, 2005). Apesar de frequentemente utilizado na recuperação da artroplastia total do joelho, estudos referidos por Huber & Wells (2009) e Denis, Moffet, Caron, Ouellet, Paquet & Nolet (2006), contrariam a evidência do seu uso, descrevendo-o como retardador da cicatrização, potenciador de contraturas em flexão e atrasando o processo de extensão. Apesar da opinião destes autores, no serviço de ortopedia do HESE a mobilização passiva contínua por tala dinâmica é um recurso frequentemente adotado, e que contribui significativamente para a recuperação funcional da articulação do joelho.

A recuperação dos doentes deve iniciar-se com as atividades de mobilização no leito, que contribuem para a melhoria do equilíbrio e ajudam a preparar os doentes para a posição de sentado e em pé (Hoeman, 2011; Branco & Santos, 2010). Os exercícios de rolar, extensão lombo-pélvica e o treino de equilíbrio, devem ser realizados de forma moderada, sem acarretar dor ou cansaço aos doentes (Hoeman, 2011; Branco & Santos,

2010). No que se refere ao levantar precoce e às transferências, que são pontos importantes na recuperação destes doentes Dias (2012) considera estas, as atividades de reabilitação nos doentes submetidos a ATJ que condicionam a mobilidade anterior à cirurgia e do potencial de reabilitação individual.

Os exercícios de equilíbrio são essenciais porque permitem reeducar o mecanismo postural, impede a espasticidade, estimula a sensibilidade ao fazer carga no Membro Superior e Membro Inferior, estimula a ação dos músculos do tronco e prepara o doente para a marcha (Menoita et al, 2012).

Todas as estratégias, atividades e treino desenvolvidos durante o executar do plano de intervenção, traduzem-se em ganhos para a funcionalidade e, desenvolvimento das competências cognitivas dos participantes.

5-2.4. Procedimentos éticos e consentimento

A investigação nas disciplinas científicas abarca aspetos da atividade humana como os comportamentos, saúde dos indivíduos ou grupos, estilos de vida, entre outros (Fortin et al, 2006). Porém, qualquer que seja o motivo em estudo, a investigação deve alicerçar-se no respeito pelos direitos humanos. Nas investigações científicas torna-se obrigatório considerar os seguintes princípios: obtenção de consentimento informado dos participantes; respeito pelas pessoas vulneráveis; respeito pelo sigilo das informações pessoais; respeito pela justiça e pela equidade e equilíbrio entre vantagens e inconvenientes (Fortin et al, 2006).

Para aprovação do projeto foi enviado um requerimento à Comissão de Ética para a Saúde e para o Conselho de Administração da entidade de saúde que acolheu o estágio, pedido este que foi aprovado (Anexo VIII).

De modo a assegurar o direito à confidencialidade, anonimato e autodeterminação, todos os que aceitaram participar tiveram acesso às informações referentes ao projeto de

intervenção para a posterior obtenção do consentimento à sua participação (Apêndice I.). Todos os participantes consentiram o seu envolvimento de forma livre e informada após terem sido devidamente esclarecidos sobre a investigação, lhes ter sido proporcionado tempo para esclarecimento de dúvidas e, lhes ter sido garantido que a informação recolhida seria usada única e exclusivamente para o estudo. Consentimento só é livre se não envolver nenhuma ameaça, promessa ou pressão sobre a pessoa e quando a mesma se encontra na plena posse das suas faculdades mentais (Fortin, 2003, p. 120).

A confidencialidade dos dados foi uma condição que esteve presente no desenvolvimento do projeto de intervenção de forma imperiosa, uma vez que durante a aquisição de conhecimentos existem limites que não devem ser ultrapassados, como o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livremente (Fortin, 2003). A identificação dos participantes foi realizada através de um código especificamente criado para este estudo, gerado de forma a não permitir a identificação do titular dos dados. Deste modo, a chave da codificação só é conhecida pelos investigadores, não sendo utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição desse tipo de dados (Fortin et al, 2006).

5.3.RESULTADOS

Nesta secção, pretende-se explicar a análise dos dados e discussão dos resultados relevantes obtidos e sintetizados, em dados numéricos e decompostos para mais facilmente se proceder à informação e confrontação com outros trabalhos de investigação (Fortin et al, 2006).

Primeiramente, apresenta-se uma caracterização sociodemográfica da amostra e a sua situação de saúde. De seguida é caracterizada a funcionalidade, onde se dispõe os

resultados avaliados pelos instrumentos de colheita de dados utilizados e, a respetiva análise individual de cada variável.

Realizou-se uma análise de natureza descritiva, com recurso às medidas de tendência central e medidas de dispersão. Recorreu-se a testes não paramétricos por se tratar de variáveis cuja normalidade da distribuição não se verificou. Foram utilizados os respetivos testes não paramétricos, teste de Mann-Whitney e o teste de Wilcoxon. O nível de significância adotado é de 0,05 (Fortin, 2009). O software utilizado para o tratamento de dados e análise estatística foi o IBM SPSS Statistics versão 24.

- **Caraterização sociodemográfica**

Procurou-se descrever a caracterização sociodemográfica segundo variáveis que nos pareceram mais pertinentes.

Tendo em conta que a linha norteadora do projeto foi a capacitação no autocuidado transferir-se da pessoa com défice de mobilidade e a experienciarem uma doença ou um episódio agudo daí decorrente, os resultados serão tratados globalmente. No entanto, apresentamos as características sociodemográficas segundo a unidade de internamento (Quadro nº 1).

A amostra da população foi dividida em dois grupos, o grupo de utentes internados na UAVC, denominado G1 (45%) e, o grupo de utentes internados no Serviço de Ortopedia, G2 (55%).

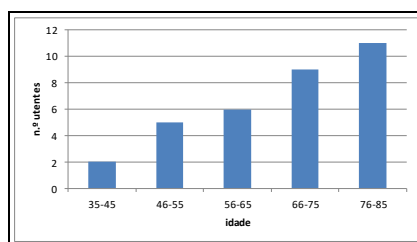
O grupo G1 é constituído por quinze (15) pessoas de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 38 e os 82 anos, com média de idades a situar-se nos 66,6 anos. A dispersão, em termos médios, situa-se nos 14,62 (desvio padrão).

O grupo G2, constitui-se de dezoito (18) pessoas com média de idades muito próxima (média = 66,6 anos), igualmente de ambos os sexos e, com idades que variam

entre os 46 e os 81 anos. A dispersão em termos médios neste grupo, situa-se nos 10,26 (desvio padrão).

Na amostra total destaque para o grupo etário que compreende o intervalo de idades dos 76 e 85 anos, visto ser onde se encontra a maioria dos participantes da amostra (Gráfico nº 3).

Gráfico nº 3 – Distribuição da amostra segundo o grupo etário



A maioria da amostra é formada por homens, mas no que respeita aos grupos este facto só se verifica na UAVC. No grupo G1 dos quinze (15), onze (11) participantes são indivíduos do sexo masculino (73,4%) e quatro (4) do sexo feminino (26,6%). Esta realidade não se verifica em G2 uma vez que, dos dezoito (18) participantes, dez (10) são mulheres (55,5%) e os restantes 44,5% são homens.

Em relação ao estado civil, no grupo G1 a maioria das pessoas inclui-se no grupo solteiros/ viúvos com 60% de pessoas afetadas a este grupo da amostra total. No grupo G2 a grande expressão foca-se no grupo das pessoas casadas contado com 72,2%.

No total da amostra a maioria das pessoas é casada (51,5%), seguindo-se as pessoas solteiras/divorciadas (39,4%) e, por último, as pessoas viúvas (9,1%).

Amostra de baixa literacia, em que apenas um dos participantes tem curso superior e encontra-se no grupo G1. A grande maioria tem escolaridade entre o 1º ciclo e o secundário (66,6%), encontrando-se também situações de analfabetismo (12,2%).

Figura nº 5 - Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográfica



		G1 (UAVC, n=15)	G2 (SER.ORTOPEDIA, n=18)
Idade	DP	14,62	10,26
	Máximo	82	81
	Mínimo	38	46
Sexo, (n/%)	Feminino	4 - 26,6%	10 - 55,5%
	Masculino	11 - 73,4%	8 - 44,5%
	Total	15 - 100%	18 - 100%
Estado civil (n/%)	Casado	4 - 26,6%	13 - 72,2%
	Solteiro/ Viúvo	9 - 60%	4- 22,2%
	Divorciado	2 - 13,3%	1 - 5,6%
	Total	15 - 100%	18 - 100%
Escolaridade (n/%)	Analfabeto	5 - 33,3%	1 - 5,6%
	1º Ciclo	5 - 33,3%	7 - 38,9%
	2º Ciclo	0 - 0%	4 - 22,2%
	Secundário	4 - 26,6%	6 - 33,3%
	Ensino Superior	1 - 6,8%	0 - 0%
	Total	15 - 100%	18 - 100%

- **Condição de saúde**

Para uma melhor caracterização da nossa amostra e compreensão dos resultados, consideramos pertinente conhecer a condição de saúde dos participantes e, as comorbidades presentes nos dois grupos da amostra, assim como, a rotina de prática de atividade física.

No que respeita à prática de atividade física, 80% dos participantes de G1 revelam não praticar qualquer atividade física.

Dos trinta e três participantes que constituem a amostra 15 estavam internados na UAVC e com o diagnóstico de AVC e os restantes 18 tinham internamento no Serviço de Ortopedia. De entre os internados no Serviço de Ortopedia, treze foram sujeitos a artroplastia total do joelho e os restantes cinco submetidos artroplastia total da anca.

Assim, nos antecedentes de saúde / doenças, diagnóstico médico de entrada, prática de atividade física encontramos para a análise dos resultados, que passamos a apresentar na Figura nº 6.

Figura nº 6 - Referência à condição de saúde da amostra

		Referências		
		G1	G2	Total
Antecedentes de saúde / doenças	HTA	12	12	24
	Artrose	2	15	17
	Hábitos tabágicos	10	7	17
	Diabetes	3	4	7
	Dislipidemia	3	3	6
	Doença Cardíaca	2	2	4
	AVC	2	2	4

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Déficit de Mobilidade

	Hábitos alcoólicos	2	2	4
Diagnóstico médico de entrada	AVC	15	0	15
	Doença osteoarticular	0	18	18
Prática de atividade física	Sim	3	9	12
	Não	12	9	21

Do total das doenças, a HTA surge nos antecedentes pessoais como a mais frequente de entre os elementos da amostra uma vez que 24 dos 33 participantes referem ser hipertensos. Na análise denota-se a existência de comorbilidade.

Em G1, deparamo-nos com um conjunto preocupante de fatores de risco modificáveis de doenças cerebrovasculares nomeadamente, HTA, diabetes, hábitos tabágicos e dislipidémia. Identificou-se como sendo um grupo sedentário, visto que apenas três dos quinze participantes praticam atividade física

Em relação às alterações anteriores da mobilidade, verificou-se que 15 das pessoas não tinham alterações da mobilidade prévias ao evento crítico, correspondendo às pessoas com AVC (patologia neurológica). Em paralelo, verificou-se que 12 das pessoas já tinham limitação da mobilidade antes da cirurgia, provocada pelo processo degenerativo da doença osteoarticular.

Dos 18 participantes afetos ao serviço de ortopedia (G2), 15 revelam antecedentes de doença osteoarticular, pelo que o internamento foi programado para cirurgia eletiva visto serem seguidos em consulta. Esta informação prende-se com o sucesso da reabilitação, pois foi-lhes proporcionada toda a informação referente ao processo pré e pós cirurgia.

Face à amostra e a existência de problemáticas distintas, houve necessidade de aplicar diferentes instrumentos de avaliação às diferentes variáveis. Muito importante a avaliação da capacidade cognitiva e gravidade neurológica dos participantes, e a compreensão da sua capacidade de aprendizagem relativamente aos ensinamentos e treinos (Boos, Soares & Filho, 2005). Foi aplicada a Escala NIHSS nos doentes com diagnóstico

de AVC e a Escala MEEM nos doentes submetidos a artroplastia total da anca e do joelho.

De acordo com a avaliação prévia, nenhum doente apresentava défice cognitivo suscetível de comprometer a aprendizagem.

Tendo em conta o plano de intervenção de ER apresentamos os resultados das variáveis mais relacionadas com a Funcionalidade, correspondendo ao momento 1 da intervenção.

Funcionalidade em T1

A funcionalidade abrange todas as funções do corpo, atividades e participação. De forma semelhante, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (Quintana, Ferreira, Santos, Pelzer, Lopes & Barros, 2014).

Quando as pessoas são acometidas de um evento como o AVC ou sujeitas a uma intervenção cirúrgica do foro ortopédico, experimentam alterações da sua funcionalidade passando por diferentes graus de dependência para a realização dos autocuidados.

A funcionalidade foi medida através do *nível de Independência* (Índice de Barthel), *força muscular* (Escala de Lower) e *equilíbrio* (Escala de Berg) e ainda, o *o diagnóstico da capacidade Transferir-se* (Índice de Barthel). Consideramos que a dor, quinto sinal vital, tem aqui um papel importante na medida em que pode condicionar o desempenho dos participantes.

Vários são os estudos encontrados sobre a influência da funcionalidade, equilíbrio corporal e força muscular no risco de queda dos doentes internados, fazendo parte do protocolo de admissão a sua avaliação. Como indicadores de qualidade do Serviço Nacional de Saúde, revela-se interessante verificar se o sucesso do plano de intervenção de ER tem contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem aos doentes internados, demonstrado pela redução do risco de queda.

Na Figura nº 7, apresentam-se os resultados referentes à funcionalidade da amostra no primeiro período de intervenção, ou seja, a primeira avaliação, (T1). Esta aconteceu nos doentes com AVC na primeira abordagem e nos doentes submetidos a cirurgia ortopédica no primeiro levante.

Figura nº 7 - Indicadores da Funcionalidade na primeira avaliação (T1)

Variáveis		Unidade de internamento G1		Unidade de internamento G 2	
Nível de	Nível/Grau	n	%	N	%
Independência (Índice de Barthel)	Ligeiramente dependente	5	33,3%	15	83,3%
	Moderadamente dependente	3	20%	3	16,7%
	Severamente dependente	7	46,7%	0	0%
	Total	15	100%	18	100%
Força muscular (Escala de Lower)	ACMA sem gravidade	1	6,7%	0	0%
	ACMA contra gravidade	11	73,3%	13	72,2%
	ACMA contra gravidade e pequena resistência	3	20%	5	27,8%
	Total	15	100%	18	100%
Equilíbrio (Escala de Berg)	Mau	5	33,3%	0	0%
	Moderado	10	66,7%	18	100%
	Total	15	100%	18	100%
Transferir-se (Índice de	Muita ajuda	11	73,3%	15	83,3%
	Pouca ajuda	4	26,7%	3	16,7%
	Total	15	100%	18	100%

Barthel)					
----------	--	--	--	--	--

Nível de Independência

No que respeita ao nível de dependência da amostra, observamos que a maioria dos participantes são ligeiramente dependentes (60,6%), não existindo participantes independentes ou totalmente dependentes. Em G1 (UAVC), existem participantes severamente dependentes o que não se verifica em G 2 (Serviço de Ortopedia).

Força Muscular

A diminuição da força muscular, com a respetiva perda de amplitude articular dos segmentos afetados pelo AVC ou do membro intervencionado, implica uma diminuição da mobilidade interferindo com o treino da funcionalidade e de AVDs.

A primeira avaliação para monitorização da força foi realizada aos doentes internados na unidade de internamento G1, na primeira abordagem e, no que respeita aos doentes afetos a G2 no primeiro dia de pós-operatório. A maioria da amostra (72,8%), dado transversal às duas unidades de internamento, apresenta numa primeira avaliação uma força muscular de grau 3/5 (escore do exame manual de força muscular) em que existe força do membro afetado contra a gravidade.

Equilíbrio Corporal

O equilíbrio da amostra, monitorizado pela Escala de Berg, assume três níveis de compromisso diferentes (mau, moderado e bom equilíbrio). Verificamos na primeira avaliação que 84,8% da amostra total apresenta equilíbrio moderado e que é onde se posiciona a totalidade da amostra da unidade de internamento G2 (100%).

Diagnósticos da capacidade transferir-se

Dada a natureza do tema do projeto, é fulcral fazer-se referência aos valores obtidos no Índice de Barthel relativamente à capacidade transferir-se. Através desta

escala de medida, é possível atribuir ao participante quatro níveis de dependência para realização da transferência (incapacitado, muita ajuda, pouca ajuda e independente), com atribuição de um valor compreendido entre 0 e 15, dependendo do grau de dependência.

Relativamente à dependência verificada na capacidade para se transferir na amostra do estudo, 78,8% necessita de muita ajuda para a realização da tarefa e, os restantes 21,2% conseguem transferir-se com pouca ajuda (Figura nº 8).

Figura nº 8 - Resultados da capacidade transferir-se em T1

	N	%
Muita ajuda	26	78,8%
Pouca ajuda	7	21,2%
Total	33	100%

- Dor

A caracterização qualitativa e quantitativa da dor não se revela um processo simples, uma vez que, inerente a este sinal vital encontram-se anteriores experiências que podem desencadear estímulos e sentimentos redutores da realização dos autocuidados e AVDs.

Torna-se necessário valorizar a dor e adequar o tratamento, ensinadas estratégias não farmacológicas de alívio e recorrer à administração de fármacos que irão permitir o controlo da sintomatologia e um melhor desempenho dos participantes. Porque houve esta preocupação, toda a amostra apenas experienciou dor leve (score» 1 «3), tratada no imediato para que não tivesse efeitos negativos na realização e concretização do plano de treino.

Quanto ao controlo da dor ao longo do internamento, a sua avaliação foi sistematicamente realizada antes do início do treino de reeducação funcional motora,

seguido da administração de terapêutica antiálgica, de forma a obter uma melhor colaboração do doente para os exercícios propostos. A terapêutica administrada e os exercícios de amplitude de movimento realizados antes dos restantes treinos, contribuíram para que as pessoas apresentassem uma dor totalmente controlada, o que viria a influenciar positivamente o seu desempenho nos autocuidados. Os resultados apresentados, refletem aspetos positivos decorrentes da realização dos exercícios de amplitude de movimento e da crioterapia.

- **Risco de queda**

A queda é um evento adverso, com consequências físicas psicológicas e sociais. Pode ser definida como “um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil” (Saraiva et al., 2008, cit por Barbosa, Carvalho & Cruz, 2015). A sua ocorrência pode originar diversos tipos de traumatismos com necessidade de cuidados, sendo que, quando estas ocorrem durante o internamento hospitalar, podem prolongá-lo, assim como aumentar o grau de dependência dos clientes, resultando num acréscimo de custos económicos e de recursos humanos (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Em G1 a Escala de Quedas de Morse foi aplicada na primeira abordagem ao doente e, em G2 foi aplicada no pós-operatório, à data do primeiro levante. A reavaliação realizou-se no mesmo momento da avaliação das restantes escalas e após a aplicação do plano de intervenção.

Depois de aplicado o Plano de Intervenção, que corresponde a ação com os doentes durante 4 sessões, fomos monitorizar a existência de mudanças. Tal corresponde ao **2º tempo** de avaliação (T2).

- **Funcionalidade em T2**

Quer um AVC ou uma intervenção cirúrgica do foro ortopédico, como a artroplastia total da anca ou a artroplastia do joelho, ocorre uma alteração da capacidade funcional. Esta alteração da funcionalidade pode ir de leve a grave impondo limitações na realização dos autocuidados, pelo que, melhorar a funcionalidade foi um dos objetivos deste projeto. Assim, para verificar o impacto do programa de enfermagem de

reabilitação e confirmar a existência de melhoria na funcionalidade da pessoa, além da observação diária, monitorizou-se o nível de independência (Índice de Barthel), força muscular (Escala de Lower), equilíbrio (Escala de Berg) e a dependência em transferir-se (Índice de Barthel).

Observando os dados referentes à funcionalidade, antes e após a implementação do Plano de Intervenção (Figura nº 9), denota-se uma evolução positiva em todos os níveis e em todas as variáveis. Estes ganhos na funcionalidade traduzem-se em maior independência e autonomia e, espelham os benefícios e a influência positiva do treino funcional no mecanismo de aquisição de capacidades e competências nas pessoas com déficit de mobilidade.

Considerando o tamanho da amostra como reduzido, achamos pertinente realizar a comparação geral dos dados da funcionalidade, independentemente da unidade de internamento, uma vez que não interessa saber se é melhor ou pior mas sim, se existe diferença.

Depreende-se perante os dados da tabela, que houve progresso com melhoria de todos os níveis de funcionalidade dos participantes da amostra.

No primeiro tempo de avaliação (T1) não se registam participante independente e 21,2% da amostra revela-se severamente dependente. Esta realidade mudou após implementação do plano de intervenção visto 60,6% da amostra ter alcançado a independência para a realização dos autocuidados e, nenhum dos participantes da amostra se encontra severamente dependente, em T2.

Observam-se ganhos quando se fala em força muscular, resultante dos benefícios proporcionados pelo treino funcional e treino de força. Após a aplicação do plano de intervenção, 60,6% da amostra apresenta força normal.

O equilíbrio é aquela variável que muitos autores consideram determinante na realização das AVDs e na prevenção do risco de queda. O treino de equilíbrio torna-se premente quando existe (des) equilíbrio como forma de contrariar essa situação. Para corroborar esta afirmação, podemos verificar através da análise dos dados monitorizados a existência de benefício na realização do treino de equilíbrio. Denotou-

se mudança na percentagem da amostra que em T1 apresentava mau equilíbrio, deixou de existir em T2. Após a aplicação do plano de intervenção 84,8% da amostra apresenta Bom equilíbrio.

Analisando os dados das duas avaliações, verificou-se que os valores encontrados refletem os aspetos positivos da implementação do plano de enfermagem de reabilitação. Este, constituído pelo treino funcional que compreendia o trabalho de capacitação e melhoramento das diferentes variáveis ao final de três dias de intervenção, revelou-se um contributo para a autonomia e independência das pessoas na realização do autocuidado transferir-se.

Prévio à implementação do plano de intervenção cerca de 80% da amostra apresentava necessidade de muita ajuda para se transferir. Estes dados, apresentam alterações de grande significado no que respeita à autonomia da amostra, visto que, em T2 nenhum dos participantes mantém necessidade de muita ajuda para se transferir, 48,5 % mantém necessidade de ajuda moderada e 51,5% alcançaram a independência no autocuidado transferir-se.

Figura nº 9 - Dados da funcionalidade em T1 e T2

Variáveis	Nível/Grau	1º Tempo		2º Tempo	
		n	%	n	%
Nível de Independência (Índice de Barthel)	Independente	0	0	20	60,6
	Ligeiramente dependente	20	60,6	11	33,3
	Moderadamente dependente	6	18,2	2	6,1
	Severamente dependente	7	21,2	0	0

Capacitação do Autocuidado Transferir na Pessoa com Déficit de Mobilidade

	Total	33	100	33	100
Força muscular (Escala de Lower)	ACMA sem gravidade	1	3,1	0	0
	ACMA contra gravidade	24	72,7	0	0
	ACMA contra gravidade e pequena resistência	8	24,2	13	39,4
	ACMA contra gravidade e resistência normal	0	0	20	60,6
	Total	33	100	33	100
Equilíbrio (Escala de Berg)	Mau	5	15,2	0	0
	Moderado	28	84,8	5	15,2
	Bom	0	0	28	84,8
	Total	33	100	33	100
Transferir-se (Índice de Barthel - item)	Muita ajuda	27	81,8	0	0
	Pouca ajuda	6	18,2	16	48,5
	Independente	0	0	17	51,5
	Total	33	100	33	100

5.3.1. Diferenças na funcionalidade antes e após o plano de intervenção

Os resultados apontam para a existência de diferenças nas várias variáveis que compõem a funcionalidade e, nesse sentido fomos verificá-las apoiados estatisticamente. Não existindo normalidade na distribuição das variáveis aplicámos os testes não paramétricos de Wilcoxon e Mann Whitney para verificar as diferenças entre o 1º e o 2º momento (T1 e T2) de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Na verdade, verifica-se que existiram diferenças na funcionalidade relativamente todas as variáveis aí incluídas. Assim, passamos a referir os resultados obtidos da análise estatística realizada.

Em relação ao nível de independência, avaliado pelo Índice de Barthel, o Teste Wilcoxon mostrou que no 2º momento de intervenção de enfermagem de reabilitação o nível de independência é menor ($Z = -5,035$; $p < 0.01$). Este resultado pode traduzir-se em maior capacidade na concretização dos autocuidados.

No que respeita à força muscular, também se verifica um incremento da mesma no 2º momento da intervenção, ou seja, verificou-se benefícios do Plano de Intervenção nos ganhos em força muscular dos participantes. A tabela nº... referente aos dados da funcionalidade mostra que em T2, a maioria da amostra (60,6%) apresenta força muscular contra a gravidade e resistência normal. Este nível de força muscular não tinha representantes quando se olha para os dados da funcionalidade em T1. Estatisticamente, verifica-se que Plano de Intervenção teve um efeito positivo no potencial da força da amostra ($Z = -5,190$; $p < 0,001$).

Nos dados que definem a variação do equilíbrio, ao longo do plano de intervenção, constatou-se uma melhoria no score obtido pela aplicação da Escala de Berg, o que se confirma pelo teste não paramétrico ($Z = -5,190$; $p < 0,001$).

A dependência da pessoa para se transferir, avaliada também pelo Índice de Barthel é a variável considerada de maior expressão, pois é sobre onde recai a atenção do plano de intervenção. Criado o diagnóstico de enfermagem “capacidade para se transferir comprometida” o juízo a considerar pelo Índice de Barthel foram: muita ajuda, pouca ajuda e independente.

Da análise descritiva verificamos que existiu efetivamente uma alteração da capacidade da pessoa para se transferir na medida em que, após o processo avaliação da implementação do plano de intervenção, nenhum dos participantes necessitava de muita ajuda para a sua transferência, o que se confirma pela análise estatística.

Os resultados mostram que se observa uma melhoria estatisticamente significativa ao nível do score geral de funcionalidade, relativamente aos momentos T1 e T2 com $p < 0,0001$.

De salientar que não existem diferenças significativas na funcionalidade entre os homens e as mulheres da amostra (Figura nº 10)

Figura nº 10 - Diferença na Funcionalidade entre os dois momentos de avaliação

	Nível independência (1º/2º momentos)	Força muscular (1º/2º momentos)	Equilíbrio (1º/2º momentos)	Dependência (1º/2º momentos)
Z	-5,035	-5,190	-5,109	-5,426
P	0,000	0,000	0,000	0,000

5.4. Discussão dos resultados do plano de intervenção profissional

Apresentados os resultados, proceder-se-á de seguida à sua interpretação e discussão à luz das evidências encontradas. Para melhor compreensão será realizada uma apreciação crítica e a discussão dos resultados face aos objetivos traçados.

O contexto de realização do estágio final, denuncia uma grande variabilidade de características, desde a nível organizacional até às particularidades humanas a que dão

resposta. Tendo em conta esta variação e considerando o tamanho da amostra, entendeu-se ser possível obter resultados satisfatórios e estatisticamente significativos, se para tal fosse usada uma estratégia coerente e adaptada. A escolha dos instrumentos de avaliação também se mostrou fundamental, pois, permite mostrar indícios de que existem ganhos em saúde.

Da análise sociodemográfica verificamos que a idade média da amostra era de 66 anos de idade, sendo muito semelhante em ambas as unidades de internamento. Em ambos contextos verifica-se um intervalo de idades alargado, com variação de idades em G1 entre os 38 e 82 anos. De referir que segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 125/2011), os cuidados de ER abrangem as fases do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados, pelo que poderão ser prestados a qualquer pessoa, em qualquer idade. Em G2 o intervalo compreende as idades dos 46 aos 81 anos, dados coincidentes com os de outros investigadores (Brosseau et al. 2000 cit por Natalio; Oliveira & Machado 2010), sendo a ATJ pouco comum em doentes abaixo dos 40 anos de idade e mais frequente após os 60 anos. Numa revisão sistemática de 19 trabalhos conduzida por Pozzi, Snyder-Mackler & Zeni (2013) os autores encontraram idades médias que variaram desde os 65,1 até aos 72,9 anos. A nível nacional e num estudo levado a cabo pelo Centro Hospitalar Leiria e Pombal com uma amostra de 899 doentes, os autores encontraram uma média de idades de $70,8 \pm 6,8$ (Figueiredo, Machado, Sá & Loureiro, 2013).

A nível da variável sexo, observou-se a existência de não distribuição nos dois contextos, havendo em G1 uma maior número de homens, cenário contrariado em G2.

Ao consultar fontes da DGS para as doenças cérebro- cardiovasculares em números 2015, nomeadamente a taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração para todas as idades e por sexo, confirma-se que estes valores são mais elevados nos homens, quer em Portugal quer na União Europeia (DGS, 2016).

Sendo o envelhecimento o principal fator de risco para a artroplastia do joelho, as mulheres têm um maior risco de desenvolver esta patologia relativamente aos homens, tanto pela presença de osteoporose após a menopausa e por uma musculatura menos

desenvolvida que os homens, como, pelo facto de nas mulheres a orientação em valgo da diáfise femoral, coloca o joelho e a tíbia o mais próximo possível do eixo de carga pelo peso do corpo (Carvalho, 2010; Zhang & Jordan, 2010). No tratamento de dados estatísticos foi possível observar que a variável sexo não tem influência na funcionalidade da amostra quando o plano de intervenção é aplicado.

Verificou-se que a maioria da amostra é casada, mas, também aqui se registam realidades diferentes quando se olha para o estado civil em cada unidade de internamento. Em G1 a maior percentagem encontram-se no grupo que reúne as pessoas solteiras e divorciadas. Sendo que, o grupo das pessoas divorciadas tem pouca expressão no total da amostra.

A escolaridade tem sido um dos principais indicadores de resultados, na medida em que a instrução contribui para o desenvolvimento de várias capacidades cognitivas que levam à resolução de problemas, pensamento crítico e autocontrolo, aumentando o potencial de controlar eventos de saúde (Zimmerman, Woolf, & Haley, 2014).

Podemos afirmar estarmos perante uma amostra com baixa literacia, o que de acordo com Hoeman (2011), um baixo grau de literacia encontra-se associado a uma menor adesão às instruções de tratamento e ensinos mas também a resultados da saúde deficientes, a maior tempo de internamento e a custos hospitalares mais elevados.

Daí que os programas de reabilitação devam ser ajustados às reais expetativas das pessoas e devam ser consideradas tanto as variáveis de natureza pessoal, profissional, social como as de ordem cultural (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Seguindo a ótica da experiência dos investigadores, podemos dizer que as intervenções de reabilitação levadas a cabo junto dos indivíduos mais escolarizados, foram facilitadas em termos de motivação, aceitação e perceção dos benefícios inerentes, relativamente aos indivíduos menos escolarizados, que demonstraram maiores dificuldades na aprendizagem e desenvolvimento de técnicas de Reabilitação.

A condição de saúde e a existência de comorbilidade, é um dado importante pois o 3º dos dez mandamentos para a prevenção de AVC, segundo a Fundação Portuguesa

de Cardiologia, recomenda manter atividade física regular contrariando o sedentarismo e os seus efeitos nefastos para a saúde

Novamente emerge a necessidade e importância de a adaptação do plano de reabilitação consoante as comorbidades das pessoas, pois as mesmas podem afetar a recuperação funcional, quer da pessoa com AVC quer da pessoa submetida a intervenção cirúrgica, podendo aumentar o risco de complicações, tanto no período pós AVC como no pós-operatório.

A condição clínica da pessoa no pré-operatório juntamente com as comorbidades, podem condicionar a recuperação da pessoa no pós-operatório, necessitando de uma preparação prévia para a prevenção de complicações, como por exemplo, o ensino de exercícios de RFR para prevenção de complicações respiratórias (Leme, Sitta, Toledo, & Henriques, 2011).

Dos doentes internados com o diagnóstico de AVC, existe um grande número de fumadores e não praticantes de atividade física. Reconhecesse-se aqui uma necessidade de intervenção no domínio da saúde pública, reconhecimento de fatores de risco, prevenção de doença e promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis. De acordo com o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2017), o tabaco é uma das principais causas evitáveis de morte prematura por cancro, por doenças respiratórias e por doenças cérebro-cardiovasculares. Em Portugal, o tabaco contribui para uma morte a cada 50 minutos. Uma em cada 4 mortes no grupo dos 50-59 anos é devida ao tabaco (DGS,2017b)

Após uma primeira abordagem à caracterização sociodemográfica e condição de saúde da amostra, analisar-se-á a caracterização funcional dos participantes nos momentos T1 e T2 da estratégia, nos conceitos *nível de dependência, força muscular, equilíbrio e o diagnóstico da capacidade transferir-se.*

O nível de independência, avaliado através do Índice de Barthel teve um incremento positivo em 60,6% para o nível independente. Verificou-se uma melhoria da funcionalidade em toda a amostra na medida em que as percentagens dos níveis de maior dependência reduziram não havendo nível severamente dependente no momento

T2 que era de 21,2% em T1. Isto vai ao encontro com a investigação realizada por Preto et al (2017), em que os autores concluem que um Programa de Enfermagem de Reabilitação melhora a funcionalidade de um grupo de idosos institucionalizados. Verifica-se que existe melhoria da funcionalidade quando aplicado o teste não paramétrico Wilcoxon ($Z = -5,035$; $p = 0,000$).

Num estudo prospetivo que avaliou a importância de um programa de reabilitação durante o período de internamento e após a alta hospitalar, em doentes submetidos a intervenção cirúrgica por fratura a nível da anca, foi possível avaliar uma melhoria da independência funcional com recurso ao Índice de Barthel. O período de avaliação englobou dois momentos após a intervenção cirúrgica, que confirmou esta melhoria através do valor de p nos dois momentos, 0,23 e 0,001, respetivamente (Orive, Anton-Ladislao, Garcia-Gutiérrez, Las Hayas; Zabala & Quintana, 2016).

Num estudo piloto randomizado que comparou dois programas de reeducação funcional motora, um deles intensivo aplicado ao grupo experimental e o comum aplicado ao grupo de controlo de doentes submetidos a Artroplastia da Anca, pôde-se concluir que o grupo experimental sujeito a um programa de reabilitação mais intensivo, teve um maior score de função física. Este traduziu-se numa maior independência funcional, visível no período entre as seis semanas e os quatro meses de pós-operatório, no entanto foi bem mais evidente aos doze meses do mesmo período, visível através do valor do desvio-padrão de 10,3 no grupo experimental e 19,6 no grupo de controlo (Beaupre, Masson, Luckhurst, Arafah & Connor, 2014).

A força muscular avaliada pela Escala de Lower também experimentou melhorias. Os resultados mostraram haver um aumento da força muscular em 100% da amostra para os dois melhores níveis de classificação deste conceito. Esta análise mostrou que o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação levou a uma maior força muscular no momento T2. Casco et al (2017), verificou que força e a potência muscular têm relação direta com a capacidade funcional de idosos. Os autores atrás referidos, implementaram um treino de força (24 sessões, 2 séries de 6 a 8 repetições) em dez homens com doença arterial coronária e sedentários, verificando um aumento do potencial muscular após 12 e 24 sessões em relação à condição pré treino.

Existem fortes evidências sobre os benefícios do treino físico na força muscular em idosos (Rydwik et al. 2004 cit Preto et al, 2016). O aumento registado na força manual e força global do membro superior dominante poderá ter-se traduzido na melhoria da capacidade funcional dos idosos intervencionados já que segundo Vermeulen, Nevens, Rossum, Spreeuwenberg, & Witte (2011), essas variáveis constituem bons indicadores de independência funcional. De acordo com Souza, Benedetti, Borges, Mazo & Gonçalves. (2011) a força muscular é a capacidade física que mais está associada à independência.

No que respeita aos ganhos da força muscular que se obtiveram estão na mesma linha da evidência encontrada. Foi observado num estudo desenvolvido por Miranda et al (2016), junto de 14 idosos com o estilo de vida sedentário (ou seja, sem atividade física habitual), idade acima dos 60 (sessenta anos) que, após a realização de um programa de treino funcional três vezes por semana com duração média de 45 minutos (aquecimento, parte principal e relaxamento), uma maior funcionalidade, com ganho real na força muscular.

O equilíbrio, conceito de grande destaque na funcionalidade das pessoas em geral, uma vez que, este se encontra associado a outras variáveis utilizadas em múltiplos estudos de melhoria da qualidade dos cuidados.

Avaliado pela escala de Berg a investigação revela uma melhoria do equilíbrio aquando da sua avaliação em T2. Da estatística descritiva no que respeita ao equilíbrio, na primeira avaliação este distribuía-se pelos níveis “mau” com 15,2% da amostra, “medio” com 84,8% e sem nenhuma representação no nível “bom”. Após o plano de intervenção os resultados da avaliação da escala de Berg melhoraram para níveis superiores de desempenho com 84,8% da amostra a experimentar o nível máximo da escala de avaliação. Os resultados obtidos vão ao encontro e corroboram a literatura existente, Nascimento, Lislei & Oliveira (2012), num estudo de 4 semanas de treino proprioceptivo em nove idosos, verificaram melhoria no equilíbrio postural dos idosos.

No que respeita à dependência da amostra no transferir-se, a partir dos valores obtidos no Índice de Barthel, pode comprovar-se a que houve uma melhoria dos valores

da média (T1= 6,06; T2= 12,58), o que se traduz em menor dependência para realização do autocuidado. Aplicado o teste estatístico Wilcoxon confirma-se a estatística descritiva com $Z = -5,109$ e $p = 0,000$.

Através da análise estatística realizada, os resultados conseguidos indicam ganhos na funcionalidade dos participantes neste estudo.

A análise da funcionalidade da amostra, após implementação do projeto de enfermagem de reabilitação, permitiu sugerir que existe uma relação inversamente proporcional entre o grau de dependência e o desempenho da capacidade funcional, ou seja, quanto maior for o grau de dependência apresentado, menor é a aptidão funcional demonstrada pelos idosos. O estudo elaborado por Gonçalves et al. (2010), demonstrou que uma maior independência na execução das atividades de vida diária está relacionada com uma melhor capacidade de coordenação e equilíbrio dinâmico.

A execução de um Plano de treino, como o implementado no projeto de intervenção, produziu efeitos benéficos em ganhos de independência e melhoria da capacidade funcional.

Concluindo a discussão dos resultados obtidos através da estratégia de intervenção profissional, pode afirmar-se que os resultados indicam que cuidados de Enfermagem de Reabilitação contribuem para ganhos em saúde das pessoas dependentes no autocuidado transferir-se. Através da análise estatística efetuada, verificou-se que as intervenções em ambos os contextos foram estatisticamente significativas, levando a uma melhoria dos *scores* gerais de funcionalidade, proporcionando ganhos em saúde. Além desta constatação, a análise dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura aponta no mesmo sentido, revelando a clara influência destes profissionais na melhoria das condições de vida das pessoas com alteração da mobilidade. Ao associar a estratégia de intervenção profissional com a evidência científica já produzida, pode afirmar-se, no que respeita aos resultados de saúde das pessoas dependentes no autocuidado transferir-se com déficit de mobilidade, que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação revela-se de grande importância.

Esmo na impossibilidade de generalizar os resultados obtidos, podemos realçar a necessidade de implementação de programas de intervenção, nomeadamente, planos de treino de reabilitação (treino funcional), incidentes sobre a independência funcional.

Dada a existência e limitações do estudo, nomeadamente o tamanho da amostra e o tempo de permanência e aplicação do Plano de intervenção, consideramos que é necessário no futuro aplicar o projeto durante um período de tempo mais alargado e a uma amostra maior, com vista a obter resultados mais robustos.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo iremos fazer uma abordagem reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas em função das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, das competências de Mestre e dos objetivos de aprendizagem do Mestrado em Associação, salientando a sua importância e adequação. Consideram-se as competências de aprendizagem definidas para as unidades curriculares estágio e relatório, o Regulamento n.º 125/2011, que regulamenta as competências do EEER, e as competências do 2º ciclo de estudos presentes no Decreto-Lei n.º 115/2013.

O conceito de competência profissional envolve duas componentes centrais para a sua aquisição, são elas: a mobilização de conhecimentos e o agir com responsabilidade. A competência profissional reside num saber agir responsável que contempla a mobilização e transferência de conhecimentos, recursos e habilidades que atribuem valor económico à instituição e valor social ao próprio trabalhador (Paiva & Martins, 2011). Salum & Prado (2014) acrescentam que a competência é uma habilidade que o profissional desenvolve para agir em segurança, acompanhando permanentemente as mudanças e avanços tecnológicos e as diversidades existentes no mundo contemporâneo.

Silva & Silva (2016) defendem que o desenvolvimento de competências não se cinge unicamente ao período de formação teórica, necessita de ser aprofundado e aperfeiçoado em contexto clínico, na presença de situações reais.

O Estágio torna-se então, o espaço oportuno para o desenvolvimento de competências, pela existência de diferentes lugares/espacos de formação, que transportam responsabilidades e papéis específicos ao longo do processo de formação (Silva & Silva, 2016).

6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista possui conhecimentos aprofundados da enfermagem, das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que revela perícia no julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 350/2015). As competências do enfermeiro especialista são o conjunto de competências clínicas especializadas, que resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 350/2015). Desta forma, os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, extensíveis a todos os contextos da prestação de cuidados de saúde, seja a nível primário, secundário ou terciário, que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança (Regulamento n.º 350/2015). Além disto, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de disseminar conhecimento e levar a cabo investigação pertinente, de forma a melhorar a prática da enfermagem (Regulamento n.º 350/2015).

São competências comuns e específicas constituídas por um conjunto de competências clínicas especializadas, que resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e recaem sobre quatro domínios, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da

qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio, refere-se ao desenvolvimento de uma prática profissional e ética e à promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 122/2011). Durante o trajeto efetuado nas unidades de internamento que acolheram o estágio final, colocou-se em prática uma conduta de centralização da pessoa no processo de cuidar, adotando uma estratégia de resolução de problemas em parceria com a pessoa, proporcionando-lhe a consciência do seu poder para alcançar os objetivos, aumentando o controlo sobre a sua própria saúde (Lopes, Mendes, Nunes, Ruivo & Amaral 2016).

Manteve-se em todo o momento, a privacidade e singularidade de cada pessoa, respeitando a sua opinião e acima de tudo os seus princípios, valores e vontades. O consentimento informado foi tido em consideração ao longo da implementação do projeto de intervenção desenvolvido neste contexto. Todos os utentes que se constituíram enquanto parte integrante da amostra foram designados em todas as unidades de registo de dados por Pessoa 01, Pessoa 02, etc.; desta forma, manteve-se e garantiu-se o respeito pela preservação do segredo de identidade. Nesta perspetiva, posso concluir que a execução e avaliação do programa de reabilitação, assim como, o tratamento da informação recolhida durante o estágio tiveram como base os princípios, valores e normas deontológicas.

Domínio da Melhoria da Qualidade

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este preconiza a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e na manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 122/2011).

A intervenção dos cuidados de ER tem por base a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Face à problemática do projeto de intervenção, foi notória a importância da intervenção do EEER, que através da implementação de um plano de intervenção de capacitação do autocuidado transferir-se no doente com défice de

mobilidades, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e concomitantemente, para a capacitação dos mesmos para o regresso ao domicílio.

O reconhecimento da melhoria na qualidade envolveu, durante o estágio final a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, cuja avaliação partiu de resultados para posterior implementação de programas de melhoria contínua. O desenvolvimento de aprendizagens profissionais permitiu que a praxis clínica assentasse em sólidos e válidos padrões de conhecimentos (OE, 2010). Neste contexto, a realização do plano de intervenção permitiu contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos serviços que suportaram o estágio final. Esta ideia vai ao encontro aos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015), que referem que a análise dos resultados irá permitir oportunidade de melhoria e influenciar a introdução de mudanças nas estratégias em saúde.

Utilizou-se a evidência científica mais recente para uma prestação de cuidados segura e fundamentada, recorrendo a instrumentos válidos e fidedignos para avaliação das ações e definiram-se, através de uma revisão sistemática da literatura, indicadores para a medição da obtenção de ganhos em saúde. A utilização de uma metodologia científica para a prestação de cuidados, favorece a qualidade dos processos, tendo em conta que a avaliação e reformulação das ações é um passo determinante (Carneiro, 2009). Muitas vezes, esta avaliação passou pela discussão de temáticas, processos e ações de ER com o supervisor, orientador e equipa multidisciplinar identificando lacunas e meios de progressão (Hesbeen, 2001).

Domínio da gestão e cuidados

Relativamente às competências do domínio da gestão dos cuidados, estas enquadram-se na gestão e otimização dos cuidados e adaptação e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 122/2011). Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), na gestão em saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem, aumentando os recursos pessoais, familiares e comunitários para responder aos desafios de saúde. Desta

forma, no desenrolar das ações em contexto clínico, procurou-se adequar os cuidados aos recursos físicos e materiais disponíveis, o que permitiu o sucesso das intervenções implementadas no plano de intervenção, traduzidas pelos ganhos e resultados obtidos. As intervenções seguiram a pertinência e adequação ao processo de reabilitação, numa ótica de complementaridade da ação terapêutica com outros profissionais, de forma a rentabilizar e mobilizar recursos em prol da pessoa, para uma maior eficácia, eficiência e efetividade dos cuidados.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O período de estágio torna-se um desafio ao auto conhecimento quando nos deparamos com realidades distintas, desconhecidas e muito particulares. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pretende-se que o profissional desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua *praxis* clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011).

Todo o percurso percorrido ao longo desta etapa de formação, integrando uma grande variedade de ambientes, desde a aprendizagem teórica ao contexto da prática de cuidados contribuiu para a aquisição de conhecimentos e vetores do desenvolvimento profissional. Houve espaço para a reflexão no domínio da prática que inevitavelmente contribuiu para o crescimento pessoal e profissional e ainda, aprimoramento de capacidades inerentes ao autoconhecimento gestão de sentimentos e conflitos. Segundo Heesben (2001), o caminho da aprendizagem e da experiência estão intimamente ligados, dado que a perícia na prática de cuidados é fruto de um longo processo.

6.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relativamente às competências específicas em enfermagem de reabilitação e de acordo com Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011, p.8658) os

enfermeiros/as que as detêm serão capazes de “ (...) conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida que detêm permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando

o potencial da pessoa (...). Segundo Silva & Silva (2004), o desenvolvimento de competências de enfermagem ocorre em contexto prático, pois é graças ao confronto com situações reais que se faz o processo de aquisição. Surge aqui o momento de reflexão sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de cada uma das três competências específicas do EEER.

No Regulamento das Competências Específicas do EEER), são evidentes três competências imprescindíveis para a qualidade dos cuidados de ER:

Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania;

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Mediante a prestação de cuidados de ER à pessoa com afeções neurológicas e osteoarticulares, verificou-se o alcance desta competência refletida nas intervenções de ER desenvolvidas no âmbito do ensino e capacitação para o autocuidado tanto dos doentes como das suas famílias. Foi possível proceder a uma abordagem holística da pessoa, colhendo dados pertinentes através de escalas e instrumentos de medida, visando identificar alterações ou risco de alteração da funcionalidade, aspetos favoráveis ou desfavoráveis para a concretização do autocuidado e aspetos psicossociais suscetíveis de interferirem com o processo de reabilitação. A aplicação de instrumentos

de avaliação, deram oportunidade à avaliação da funcionalidade de cada participante, assim como, determinar quais as alterações limitadoras de atividade e incapacitantes.

Todo este processo de recolha de informação e avaliação, conduziu à elaboração de “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (Regulamento n.º 125/2011, 2011, p. 8658). Estes, tornaram possível a promoção do autocuidado através de estratégias adaptativas de acordo com as alterações da funcionalidade detetadas direcionando intervenções específicas.

Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania

O construir desta competência incidiu na pessoa com limitação da funcionalidade e mobilidade, uma vez que os cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos tinham como objetivo a capacitação do autocuidado transferir-se levando à maximização da autonomia e qualidade de vida (Regulamento nº125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros).

Frequentemente perante uma situação de doença, a pessoa pode ficar limitada no desempenho autónomo dos autocuidados, sendo preponderante o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no ensino e treino de técnicas adaptativas que objetivem ganhos de autonomia, envolvendo de modo vigoroso a pessoa, a família ou cuidador na gestão dos cuidados de saúde (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Seguindo esta optica entreviu-se na capacitação da pessoa dependente no autocuidado, segundo o referencial de Orem (2001), através de uma metodologia de cuidados e de qualidade, com vista à possibilidade de fazer regressar a pessoa a uma funcionalidade anterior ao problema, reinseri-la no seu meio social, proporcionando-lhe qualidade de vida.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Ao longo do Estágio foi possível desenvolver atividades que se centraram no desempenho motor e avaliação neurológica face às necessidades de cuidados individuais da pessoa. As atividades desenvolvidas junto de cada doente, que beneficiou dos cuidados de ER, permitiram maximizar as capacidades funcionais, potencializando assim, o rendimento e o desenvolvimento pessoal. É competência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, potenciar as capacidades remanescentes, prescrevendo ajuda técnicas que reduzam as dificuldades, e permitam uma maior independência, com um menor gasto energético, esforço e dor (Menoita, 2012).

Foram avaliadas as funções neurológicas e cognitivas, no sentido de colaboração e capacidade de aprendizagem. Assim, os planos de intervenção foram concebidos com várias sessões de treino funcional com objetivo de melhorar o equilíbrio, a força e a capacidade de transferência adequando as diferentes sessões a cada participante com vista “à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação” (Regulamento nº 125/2011, 2011, p. 8659).

No projeto de intervenção verificou-se ao apos três dias de intervenção de ER uma melhoria significativa das capacidades da pessoa, em que o nível de independência atingiu valores consideráveis face à avaliação inicial. Este ganho, espelhou o sucesso do plano de intervenção do EEER para o aumento da funcionalidade na capacitação do autocuidado transferir-se em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade.

Demonstra-se a real necessidade de planificação dos cuidados, com intervenções objetivas e adequadas às necessidades da pessoa e família, adaptando-os sempre que necessário (Reis & Bule, 2016).

6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Segundo o Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, que regula o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre é conferido, numa área de especialidade, ao que possuir (1) conhecimentos e capacidade de

compreensão; (2) capacidade para aplicar conhecimentos, compreender e resolver problemas; (3) alcance de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; (4) capacidade para comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; (5) competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Todas as competências atrás descritas, foram desenvolvidas e conseguidas na medida em que foram desenvolvidos e aprofundados os conhecimentos teóricos que proporcionaram o desenvolvimento de atividades sustentadas em evidência científica.

O plano de intervenção profissional implementado, segundo os princípios reguladores da profissão de enfermagem, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, demonstra a aquisição de competências, exercendo a prática segundo uma metodologia de capacitação e maximização de capacidades centradas na pessoa dos cuidados promovendo a sua autonomia.

Verificou-se a mobilização de conhecimentos e aptidões, reflexões e aperfeiçoamentos. A evidência científica norteou os processos de tomada de decisão e a pesquisa científica possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos convergentes ao domínio de investigação da problemática em estudo. Neste sentido, a prática clínica reflexiva aliada a um exercício profissional, com responsabilidades éticas e sociais, permitiu no decorrer do Estágio final, lidar com “questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta” (Decreto-Lei nº 115/2013, 2013, p.4761).

A capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades revela-se parte importante do processo de reabilitação. Esta competência está implícita nos resultados conseguidos pelas intervenções de ER no que se refere à capacidade de transmissão de conclusões, conhecimentos e raciocínios conseguidos de

forma clara e correta. A elaboração deste relatório, onde de forma clara foram explanados os resultados do plano de intervenção, demonstra a aquisição desta competência pela capacidade de expor todo o caminho percorrido, os resultados e conclusões conseguidas do desenvolvimento do projeto de intervenção.

Quando falamos em competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo, estamos perante o conciliar de todo o processo de aprendizagem vivenciado pela especialidade de ER. Este, termina com a exposição escrita de todo o processo de aprendizagem conseguido através da prestação de cuidados de ER aos idosos internados e com défices de mobilidade.

A estratégia que envolveu o estágio final, a participação de forma proactiva nas equipas multidisciplinares, promovendo bons ambientes de cuidados, integrando e conectando profissionais, pessoas e suas famílias em prol da saúde, reuniu as condições necessárias à aquisição das competências de mestre. Esta estratégia realizada, segue os princípios da promoção da excelência profissional, entende-se com um contributo válido para o desenvolvimento teórico e alargamento do horizonte de conhecimentos de uma disciplina científica como a Enfermagem de Reabilitação. Desta forma, consideram-se globalmente adquiridas as competências de Mestre.

7. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do conhecimento teórico através de estudos científicos e a sua posterior aplicação na prática, possibilita o desenvolvimento em enfermagem como disciplina científica. Assim, é dever do enfermeiro promover a investigação científica como forma de aquisição e desenvolvimento de competências, assim como, construção de conhecimento que lhe permita agir com eficácia, qualquer que seja o contexto da prática de cuidados, fornecendo-lhe alicerces para identificar com objetividade, as intervenções de enfermagem mais adequadas à realidade da prática e das diferentes situações do dia-a-dia. A elaboração, o desenvolvimento e a consulta de trabalhos científicos pelos enfermeiros são uma mais-valia no desenvolvimento da Enfermagem como uma ciência, na medida em que baseiam a sua praxis clínica em intervenções cuja eficácia se encontra cientificamente comprovada (Hesbeen, 2001).

A elaboração do presente relatório revelou-se um grande contributo na aquisição de conhecimento, na medida em que tornou possível uma análise reflexiva de todas as atividades, procedimentos e intervenções desenvolvidos no estágio final.

O Estágio Final no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializada e de mestre. Para tal, definiu-se qual a área mais pertinente para aplicação e desenvolvimento

do projeto, através da definição de estratégias e delimitação de atividades que, consequentemente, uniram o desenvolvimento pessoal no âmbito da especialidade de reabilitação com a evolução da enfermagem como disciplina científica.

Todo o processo que envolveu a realização e implementação do projeto profissional em Enfermagem de Reabilitação, cujo objetivo visava a capacitação do autocuidado transferir na pessoa com déficit de mobilidade, implicou um grande investimento pessoal. Realizou-se uma exaustiva pesquisa bibliográfica, centrada na mais recente evidência científica, escolha adequada de instrumentos de colheita de dados e, implementação efetiva do projeto nos diferentes contextos da prática de cuidados nas unidades de internamento que acolheram o estágio final.

A prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação à população específica, alvo do projeto de intervenção, contribuíram para um enriquecimento profissional, mas também para a melhoria de intervenções no domínio da reeducação funcional motora e treino de atividades de vida diária, sendo que também foram aperfeiçoadas competências no domínio da reeducação funcional respiratória.

Apesar dos resultados obtidos se revelarem positivos, consideramos que são limitados em virtude da dimensão da amostra consequência do tempo disponível para a realização da unidade curricular e da restrita representatividade face à temática abordada. Torna-se pertinente a aplicação do projeto por um período de tempo mais alargado, de forma a permitir uma amostra de maior dimensão de forma a alcançar um adequado tratamento estatístico.

As condições harmoniosas proporcionadas nas unidades de internamento, da equipa multidisciplinar e a disponibilidade demonstrada pelo supervisor e pelo orientador, contribuíram para que a Unidade Curricular Estágio Final decorresse sem qualquer incidente crítico possibilitando que todos os objetivos traçados fossem atingidos na íntegra.

O projeto ganha dinamismo próprio e consideramos que contribuirá para a prática profissional da enfermagem de reabilitação, para a conciliação entre a teoria e a prática realçando a enfermagem como ciência e profissão. Nesse sentido, consideramos

que a partilha com estudantes de enfermagem no âmbito da especialização, em contextos formativos, sobre os processos percorrido é um benefício.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, S., & Caldas, C. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 (4), 324-330. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>

Adie, S., Kwan, A., Naylor, J. M., Harris, I. A., & Mittal, R. (2012). *Cryotherapy following total knee replacement*. Cochrane Database Syst Rev, 9, CD007911. DOI: 10.1002/14651858.CD007911.pub2

Administração Central do Sistema de Saúde (2011) – Manual de normas de enfermagem- Procedimentos técnicos. Ministério da Saúde. 2ª Edição revista. Lisboa.

Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção, 3(2), 163–172. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>

Almeida, F. (2011). *A Essência do Processo de Enfermagem* (Trabalho para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciência da Saúde). Porto. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/61009511.pdf>

Al-Moman, M., Al-Momani F., Alghadir A., Alharethy S., & Gabr S.(2016). Factors related to gait and balance deficits in older adults. *Clinical Interventions in Aging* 2016;11 1043–10495. . Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4986683/>

Antunes, J., Justo, F., Justo, A., Ramos, G., & Prudente, C. (2015). Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Fisioter S Fun*. Fortaleza. 5(1), 30-41. Disponível em:

http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/19343/1/2016_art_%20jeantunes.pdf

Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 24 de janeiro de 2019 em [file:///C:/Users/ANA/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20\(13\).pdf](file:///C:/Users/ANA/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20(13).pdf);

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*. Disponível em :<https://www.researchgate.net/publication/40004091>

Araújo, L., Moreira, N., Villegas, I., Loureiro, A., Israel, V.,”...” & Killemann, G. (2015). Investigação dos saberes quanto à capacidade funcional e qualidade de vida em idosos institucionalizados, sob a otica da CIF. *Acta Fisiatr*. 2015;22(3):111-117. Brasil. DOI: 10.5935/0104-7795.20150022

Barbosa, P., Cravalho, L. & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN: 978-989-98443-8-4. Diponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf

Barcala, L., Colella, F., Araujo, M., Salgado, A. & Oliveira, C. (2011). Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit. *Fisioterapia em Movimento*, 24 (2), 337-343. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000200015>

Beaupre, L., Masson, E., Luckhurst, B., Arafah, O., & Connor, G. (2014). A randomized pilot study of a comprehensive postoperative exercise program compared with usual care following primary total hip arthroplasty in subjects less than 65 years of age: feasibility, selection of outcome measures and timing of assessment. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 15: 192. DOI 10.1186/1471-2474-15-192. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/192>

Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação* (1ª edição). Lisboa: Gradiva.

Bennett, J., Vera, I., Sena, K., Lemos, M., Lucchese, R., & Silva, G. (2018). Evaluation and intervention of equilibrium in the elderly. *Journal of Nursing UFPE on line* - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 12, n. 9, p. 2479-2499. ISSN 1981-8963. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234724p2479-2499-2018>

Blum, L., & Korner-Bitensky, N. (2008). Usefulness of the Berg Balance Scale in Stroke Rehabilitation: A Systematic Review, 88(5), 559–566. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20070205>

Bobath, B. (1990). *Hemiplegia no adulto: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Editora Manole.

Borges, S. (2015). *Resultados da Implementação de um Programa de Reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12000/1/Sandra%20Cristina%20Soeiro%20Correia%20Borges.pdf>

Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.

Branco, P. (2016). Equipa de Reabilitação. In *Marques-Vieira & Sousa (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1(1). 25-34. Loures: Lusodidacta.

Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures, Lusociência.

Campos, T., Dantas, A., Melo, L. & Oliveira, D. (2014). Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crónicos com acidente vascular cerebral: Implicações para a prática clínica. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2014/Jan-Mar; 21 (1)28-33. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID_558_21\(1\)_Jan_Mar_2014\).pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID_558_21(1)_Jan_Mar_2014).pdf)

Carvalho, F. (2010). *Tratamento da Gonartrose numa Abordagem Cirúrgica* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Disponível em:

<http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=63f63dade266b79f>

Carvalho e Silva, J., Ribeiro de Moraes, E., Figueiredo, M. & Tyrrell, M. (2011). Pesquisa-acção: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. *Rev. Bras Enferm*, 64 (3), 592-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a26.pdf>

Carvalho & Sousa, L. (2016). Pessoa com osteoartrose na Anca e joelho em contexto de internamento. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. 405--417.

Cardoso, R., & Eusébio, A. (2011). Actividades da Vida Diária - Abordagens e práxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. In: *Cidade Solidária*. Nº 25, p. 30-35. Lisboa.

Carneiro, A. V. (2009). Cuidados de Saúde Baseados na Evidência e nas Normas de Orientação Clínica. Em *Governança dos Hospitais* (pp. 57–74). Alfragide: Oficina do Livro - Sociedade Editorial, Lda.

Chaves, M. (2009). Testes de avaliação cognitiva: Mini - Exame do Estado Mental. Consultado em janeiro de 2019. Disponível em : http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.

Ciolac, E., & Greve, J.M.D. (2011). *Muscle strength and exercise intensity adaptation to resistance training in older women with knee osteoarthritis and total knee arthroplasty*. Clinics, 66, p. 2079-2084.

Coelho, E., Marques, M. & Marranita, S. (2014). *Projeto de Enfermagem de Reabilitação*. Serviço de Especialidade Médicas, Hospital do Espírito Santo, E.P.E. Évora.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016) – Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIE/ICNP): versão 2015. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Costa, A.G., Araújo, T., Oliveira, A.R., Morais, H.C., Silva, V., Lopes, M.V. (2013) Fatores de risco para quedas em idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 14 (4):821-828. Disponível em : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459019>

Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, ser IV*(2), 7-17. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1382> Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200002

Dammeyer, J., Dickinson, S., Packard, D., & Ricklemann, C. (2013). Building a protocol to guide mobility in the ICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(1), 37-49. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3182750acd

Decreto – Lei nº 233/2005 de 29 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/469067/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação. Diário da

República: I Série, n.º 151 (2013). Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/498425>

Denis, M., Moffet, H., Caron, F., Ouellet, D., Paquet, J., & Nolet, L. (2006). Effectiveness of Continuous Passive Motion and Conventional Physical Therapy After Total Knee Arthroplasty: A Randomized Clinical Trial. *Physical Therapy*, Volume 86, Issue 2, 1 February 2006, Pages 174–185, <https://doi.org/10.1093/ptj/86.2.174>

Despacho no 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. Diário da República, 28(2), 4–9. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Dias, M., Matsudo, S., Conti, M., & Matsudo, V. (2007). Percepção da influência da atividade física na vida de mulheres acima de 60 anos de idade. *Rev. Bras. CieMov.* v.15, n.3, p.87-94, 2007.

Dias, L. (2012). *Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur* (Dissertação Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24096&code=531>

Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003*. Acedido a 11 de Janeiro 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº11/ DSCS/DPCD. Acedido a 11 de Janeiro de 2019. Disponível em: [file:///F:/Users/Nelson/Downloads/i009864%20\(1\).pdf](file:///F:/Users/Nelson/Downloads/i009864%20(1).pdf)

Direção Geral de Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 54/2011 de 27 de Dezembro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

DGS. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes Projeto : com mais cuidado Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas (Direção-Geral da Saúde). Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-desade/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2016) PORTUGAL Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números – 2015 Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa, Portugal. Disponível em : <https://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2017a). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2017b). Programa nacional Para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017. Lisboa.

Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*. Volume 41, nº2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>

Emilio, E., Contreras, F., Lara, P., Román, P., & Amat, A. (2014). The Association of Flexibility, Balance, and Lumbar Strength with Balance Ability: Risk of Falls in Older Adults. *Journal of Sports Science and Medicine*. 13. 349-357.

Emídio R., Antunes, M. Tsuneta, P. & Oliveira, D. (2017). Efeito do Treinamento funcional na melhoria das capacidades neuromotoras de idosos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, Brasil*. Vol.18,n.1,pp.06-09 (Mar – Mai 2017). Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Faloppa, F., Albertoni M., Santarosa, L., Galbiatti, A., & Komatsu S., (2009). Tratamento da artrose com prótese de substituição de silicone: avaliação clínica. *Revista Brasileira de Ortopedia*, p. 587-592.

Fernandes, A., Ferreira, J., Stolt, L., Brito, G., Clementino, A. & Sousa, N. (2012). Efeitos da prática de exercício físico sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. *Fisiot Mov. Brasil*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n4/a15v25n4.pdf>

Fernandes, A., Araújo, A., Araújo, J., Botarelli, F., Júnior, M., & Vitor, A. (2015). Risco De Quedas e a Saúde do Homem: Desafios do Cuidado na Internação Hospitalar. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(10), 9541–9549 9p. Doi:10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201517

Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. *Revista Texto & Contexto Enfermagem. Volume 21: nº 3 (julho/setembro)*. Florianópolis. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>

Fiatarone, M. A., Marks, E. C., Ryan, N. D., Meredith, C. N., Lipsitz, L. A. & Evans, W. J. (1990). High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. *Jama*, 263 (22), 3029-3034.

Figueiredo, K., Lima, K., Guerra, R. (2007). INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO EQUILIBRIO CORPORAL EM IDOSOS. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*. ISSN 1980-0037. Brasil. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/viewFile/4111/3471>

Figueiredo, S., Machado, L., Sá, A., & Loureiro, J. (2013). Artroplastia total do joelho, tempo total de internamento, complicações e reinternamentos a 30 dias. *Revista Portuguesa Ortopedia e Traumatologia*, 22 (2), 191-199. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpot/v21n2/v21n2a06.pdf>

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* (12), 189-98.

Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Portugal, Lusociência.

Fracari, V., Piccoli, J., & Quevedo, D. (2012). Aptidão física relacionada à saúde de idosos da região do Vale do Sinô, RS: um estudo ex post-facto. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 651-660. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232012000400006&script=sci_abstract&lng=pt

Gautério, D., Zortea, B., Santos, S., Tarouco, B., Lopes, M., Fonseca, C. (2015). Risk factors for new accidental falls in elderly patients at Traumatology Ambulatory Center. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 35-43. 2015 Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100005&lng=en&tlng=pt

Glória, P., & Sandoval, R. (2011). Treinamento funcional como recurso fisioterapêutico para o aprimoramento da força muscular e equilíbrio de idosos. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires 2011;1 (161):1-9. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd161/treinamento-funcional-de-idosos.htm>

Gomes, J.A., Martins, M.M., Gonçalves, M.N., & Fernandes, C. (2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*, ser III(8), 29-38. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1265>

Gonçalves, L., Silva, A., Mazo, G., Benedetti, T., Santos, S., Marques, S.,”...”& Rezende, T. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1738-1746. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900007>

Guedes, R., Lins, L., Almeida, A., Neto, E., Araújo, D. & Franco, C. (2013). Instrumento de Avaliação Funcional Específicos para o Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociência*: 21 (4):593-599. Brasil. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/850revisao.pdf>

Guimarães, L., Galdino, D., Martins, L., Abreu, S., Lima, M.,& Vitorino, D. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, v. 12, n. 3, p. 130-133, 2004. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2003/Pages%20from%20RN%2012%2003-3.pdf>

Henriques, F., & Fumincelli, L. (2017). A Pessoa com Lesão Medular. Em *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 433 – 450). Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. 1ª.ed. Loures: Lusociência.

Hese, EPE. (2018). Serviço Nacional de Saúde, Hospital do Espírito Santo, E.P.E. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Hoeman, S. P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. Em *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 209–270). Loures: Lusodidacta.

International Council of Nurses. (2010). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra.

ICN (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros). Disponível em: https://futuosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

INE. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Alentejo. ©INE, I.P., Lisboa – Portugal. Disponível em: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156656957&att_display=n&att_download=y

Ioshitake, F., Mendes, D., Rossi, M., & Rodrigues, C. (2016). Reabilitação de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho: revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 18(1), 11-14. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1984-4840201623374>.

Jakobsen, T., Husted, H., Kehlet, H., & Bandholm, T. (2012). Progressive strength training (10 RM) commenced immediately after fast-track total knee arthroplasty: is it feasible? *Disability & Rehabilitation*, 34 (12), 1037-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084974>

Johnstone, M. (1979). O paciente hemiplégico: princípios de reabilitação. São Paulo: Editora Manole Ltda.

Joshua, A., D'souza, V., Unnikrishnan, B., Mithra, P., Kamath, A., Acharya V. & Venugopal, A. (2014). Effectiveness of progressive resistance strength training versus traditional balance exercise in improving balance among the elderly - a randomised controlled trial. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR.*; 8(3), 98-102. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/261999788>

Latham, N., Liu, C.J., & Jette, A. (2009). Stroke-Specific Functional Assessment Instruments. In J. Stein, R. Harvey, R. Macko, C. Winstein, & R. Zorowitz, *"Stroke Recovery and Rehabilitation"* (pp. 569-586). New York: Demos Medical.

Larocca, P., Rosso, A., & Souza, A. (2005). A formulação dos objetivos de pesquisa na pós-graduação em Educação: uma discussão necessária. *Revista Brasileira de Pós-*

Graduação. BPG, v. 2, n. 3, p. 118-133, mar. 2005. Brasil. Disponível em : <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/62>

Leal, F. (2001). *Enfermagem em Neurologia – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Edição Sinais Vitais.

Lee, I. & Park, S. (2013). Balance improvement by strength training for the elderly. *Journal Of Physical Therapy Science*, 25(12), 1591-1593. doi:10.1589/jpts.25.1591

Leite, V., & Faro, A. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 39(1), 92-96. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100012>

Leme, L. E. G., Sitta, M. do C., Toledo, M., & Henriques, S. da S. (2011). Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 46 (3), 238 – 246. <https://doi.org/10.1590/S010236162011000300002>

Lesh, S. G. (2005). *Ortopedia para o Fisioterapeuta*. Rio de Janeiro: Revinter. 530 p.

Lobo, A., Santos, L., & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (6), 913 –918. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>

Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2016). Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento*, 2 (3), 723 - 752. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/153/255

Lourenço, R. A., & Veras, R.P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>

Lourenço, C. & Mendes, R. (2010). Traumatismo Crânio Encefálico: um Trauma Familiar. *Sinais Vitais*, nº 90, p. 49-60

Lucas, R. & Monjardino, M. (2010). O Estado da Reumatologia em Portugal. *In Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas*. Lisboa, Portugal: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.

Lustosa, L., Oliveira, L., Santos, L., Guedes, R., Parentoni, A., & Pereira, L. (2010). Efeito de um programa de treinamento funcional no equilíbrio postural de idosas da comunidade. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17(2), 153-156. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000200011>

Lutz, B., & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In Hoeman S. P., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.

Kelly-Hayes, M., & Phipps, M. A. (2011). Avaliação da Função e Medidas de Resultados. In Hoeman, S. P., *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.

Kisner, C., & Colby, L. (2016). *Exercícios Terapêuticos. Fundamento e Técnicas* (6a). São Paulo: Manole.

Koster, Alley DE., Mackey D., Cawthon P., Ferrucci L., & Simonsick E.M. (2010). Hospitalization and change in body composition and strength in a population based cohort of older persons. *J Am Geriatr Soc*: 58, 2085 – 91.

Kutlubaev, M. A., & Akhmadeeva, L. R. (2015). The early post-stroke mobilization. *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii, I Lechebnoi Fizicheskoi Kultury*, 92(1), 46-50. Doi:10.17116/kurort2015146-5

Machado, J.C., Ribeiro, R. Cotta, R., & Leal, P. (2011). Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, 2011; 14(1):109-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a12v14n1.pdf>

Mahoney. F., & Barthel, D. (1965). Rehabilitation Notes - Functional Evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. Disponível em:

<https://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/attachments/Tools- BI-Functional-Evaluation-The-Barthel-Index.pdf>

Marques, A., & Kondo, A. (1998). *A Fisioterapia na osteoartrose: uma revisão de literatura*. Brás Reumatol, 38, p. 83-90.

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidata

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures. Lusodidacta.

Miyamoto, S.T., Lombardi, J., Berg, K.O., Ramos, L.R., Natour, J.(2004). Brazilian version of the Berg balance scale . *Braz J Med Biol Res* 2004; 37: 1411-21.

Moreira, R., Araújo, T., & Pagliuca, L. M. (2013). Physical mobility of stroke patients in the home: A proposed concept. *Revista Da Rede De Enfermagem Do Nordeste*, 14(5), 920-928.

Morgado, J., Rocha, S., Maruta, M., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, nº 2 (9),13-16.

Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls*. (L. Springer Publishing Company, Ed.) (2ª Edição). New York.

Morsi, E. (2002). Continuous-flow cold therapy after total knee arthroplasty. *Journal Arthroplasty*, 17 (6), p. 718-722.

Nakagawa, H., Ferraresi, J., Prata, M., Scheicher, M. (2017). Postural balance and functional independence of elderly people according to gender and age: cross-sectional study. *Sao Paulo Med. J.* June; 135(3): 260-265. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151631802017000300260&lng=en

Nascimento, L., Lislei, P., & Oliveira, C.(2012). Efeito de quatro semanas de treinamento proprioceptivo no equilíbrio postural de idosos. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v.

25, n. 2, p. 325-331. ISSN01035150.Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n2/v25n2a10>

Nascimento, M., Rodrigues, J., Freixa, M., Úria, S., Simões, A. (2017). O envelhecimento da população – caracterização dos doentes muito idosos internados num serviço de medicina. 11º Congresso Nacional do Idoso | 2º Simpósio Luso-Espanhol. Disponível em: <https://www.admedic.pt/uploads/Programa-11-CNI-Geriatria-2017-2-Simpo-sio-Luso-Espanhol.pdf>

Natalio, M., Oliveira, R., & Machado, L. (2010, julho). Osteoartrose: uma revisão de literatura. *Revista Digital Buenos Aires*, N°146. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd146/osteoartrose-uma-revisao-de-literatura.htm>

Nogueira, I., Santos, Z., Mont'Alverne, D., Martins, A., & Magalhães, C. (2012). Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(3), 587-601. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300019>

Nunes, B. (2008). Envelhecer com saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica. Lisboa, Portugal: Lidel.

Nunes, Marcelo E.S., & Santos, Suely. (2009). Avaliação funcional de idosos em três programas de atividade física: caminhada, hidroginástica e Lian Gong. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9 (2-3), 150-159. Recuperado em 04 de janeiro de 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232009000300003&lng=pt&tlng=pt

Nunes, L.; Ruivo, A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15. 3-7. Acedido a 20 de janeiro de 2018 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf;

Nunes, C. (2017). Impacto de um Programa de Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados. Bragança, Portugal. Tese de Mestrado. Recuperado de: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14620/1/TESE_treino_cognitivo_Enf.Reab._Catarina_Nunes.pdf

Oliveira, D., Goretti, L., Pereira, L. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, vol. 10, núm. 1, 2006, pp. 91-96. Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016476012>

OMS/DGS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Trad: Amélia Leitão. Lisboa. Acedido a 2 de fevereiro de 2018 em [file:///C:/Users/ANA/Downloads/i006070%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ANA/Downloads/i006070%20(1).pdf);

OMS (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=AF0C104C7EF6267D3CF2AD5E6A440034?sequ

OMS (2016). Novo Relatório Sobre Doenças Cardiovasculares. *JORNAL SAÚDE GLOBAL*. Disponível em: <https://jsaudeglobal.wordpress.com/2016/06/07/oms-novo-relatorio-sobre-doencas-cardiovasculares-dcvs/>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados Descritivos. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem. 5-18. Acedido a 3 de janeiro de 2019 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Linhas de orientação para catálogos CIPE®. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – junho de 2009. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a. série(no35), 40918–40920. Disponível em: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias comuns.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Guia orientador de boa prática. Edição: Ordem dos Enfermeiros. 1 (7).

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Publicado no Diário da República, 2ª Série, Nº 119 de 22 de junho de 2015. Acedido a 16 de Dezembro de 2018 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf;

Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Enfermagem de Reabilitação - Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016b). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem

de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padrones-qualidade-ceer.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Orive, M., Anton-Ladislao, A., García-Gutierrez, S., Las Hayas, C., González, N., Zabala, J., & Quintana J. (2016). Prospective study of predictive factors of changes in pain and hip function after hip fracture among the elderly. 27. 527-536. *Osteoporos Int*. DOI 10.1007/s00198-015-3267-y.

Paiva, K. & Martins, V (2011). Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de enfermeiros de um hospital público. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 227-238 . Doi: 10.5216/ree.v13i2.9983

Paschoal, S. (2007). Autonomia e Independência. In Netto, M. *Tratado de Gerontologia*. 2.^a Edição. São Paulo, Atheneu.

Paula, J., (2007). Avaliação Funcional In Greve, J. *Tratado de Medicina de Reabilitação*. São Paulo. Roca.

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV nº11. 121-132. Acedido a 21 de Dezembro de 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47–56). Loures.

Pozzi, F., Snyder-Mackler, L., & Zeni, J. (2013). Physical exercise after knee arthroplasty: a systematic review of controlled trials. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49 (6), 877-892. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131551/>

Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Vieira, M. (2007). Caracterização do Doente após evento crítico: Impacto da (in) capacidade funcional no grau de

dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*, (88), 41 – 47. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/13637>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado - Conceito central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. da C., Machado, D. M. F. C., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V., & Pereira, M. M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 39 – 48.

Pimentel, R., Scheicher, E. (2009). Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 16, 6-10. ISSN1809-2950. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n1/02.pdf>

Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*, nº8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15019>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, J., (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*, nº 3. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Quintana, J., Ferreira, E., Santos, S., Pelzer, M., Lopes, M., & Barros, E.(2014). A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 1 - Fev./Mar. 2014*. Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a16.pdf>

Rangel, S. S. E., Belasco, A., Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 205-212. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200016>

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2º Série, n.º 35. Disponível em: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2º Série, n.º 35. Disponível em: http://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II série, n.º 119. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In Lusociência (Ed.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures.

Ribas, L.F. & Mejia, D. (2016). Treinamento funcional e sua importância na reabilitação física. Pós-graduação em Treinamento funcional aplicado à performance e ao envelhecimento. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/200/04Treinamento_funcional_e_sua_importancia_na_reabilitaYYo_fYsica.pdf

Rocha, A., Antunes, E., Silva, P., & Farinha, T. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com patologia ortopédica: artroplastia. In *Terapêutica de posição. Contributo para um cuidado seguro*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos* – Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal.

- Ruwer, S., Rossi, A., Simon, L. (2005). Equilíbrio no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 71 (3). Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n3/a06v71n3.pdf>
- Sacco, R., Kasner, S., Broderick, J., Caplan L., Connors, J., Culebras A, "...", Vinters H. (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* July 2013. DOI: 10.1161/STR.0b013e318296aeca
- Salum, N., & Prado, M. (2014). A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(2), 301–308. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71431352010.pdf>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M. "...” & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreamento e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Acta Med Port* 2016 Apr;29(4):240-248 ▪ <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>
- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. In Marques-Vieira & Sousa (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1(1). 16-23. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Schiefer, U., Bal-Dobel, L., Batista, A., Dôbel, R., Nogueira, J., Teixeira, P. (2006). *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*. 1ª Edição. Cascais.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa. Lidel.
- Shakespeare, D., & Kinzel, V. (2005). Rehabilitation after total knee replacement: timeto go home? *The Knee*, 12 (3), 185-189. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15911290>

Silva, D. M., & Silva, E. M. V. B. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium, Journal of Education, Technologies and Health*, 30 (9), 103-119. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>

Silva, A., Almeida, G., Cassilhas, R., Cohen, M., Peccin, M., Tufik, S., Mello, M. (2007). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte* [On line], 14 (2), 88- 93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.

Silva, M., Shepherd, E., Jackson, W., Pratt, J., McClung, C., & Schmalzried, T. (2010). Knee strength after total knee arthroplasty. *Journal Arthroplasty*, 18, p. 605-611.

Silva, I., Amorim, J., Carvalho, F. & Mesquita, L. (2017). Efeito de um protocolo de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP) no equilíbrio postural de idosos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(1), 62-67. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16636724012017>

Silveira, C., Menuchi, M., Simões, C., Caetano, M. J., & Gobbi, L. (2006). Validade de construção em testes de equilíbrio: ordenação cronológica na apresentação das tarefas. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano* – v.8-n.3-2006. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/validade-construcao-testes-equilibrio-ordenacao-cronologica-apresentacao-das-tarefas/>

Soriano, F., & Baraldi, K. (2010). Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. *Conscientiae Saúde* 2010;9(3):521-530. São Paulo, Brasil. Disponível em: file:///F:/Users/Nelson/Downloads/articulo_redalyc_92915180024.pdf

Souza, P., Benedetti, T., Borges, L., Mazo, G., & Gonçalves, L. (2011). Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 14(1), 07-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a02v14n1.pdf>

Sousa, L. & Carvalho, M. (2017 a). *Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia*. In C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á Pessoa ao Longo da Vida*, 405-420. Loures: Lusodidata.

Spínola, A., Amendoeira, J., (2014). O Processo de Cuidados: análise da conceção dos estudantes de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 2 - mai./jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14006>

Spósito, M., Santos, M., Oba, S., & Crocker, A. (2008). Reabilitação na prótese total do joelho. *A Folha médica*, 96, P. 372-374

Tung, F., & Yang, Y. (2010). Balance outcomes after additional sit-to-stand training in subjects with stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2010. 24: 533–542. DOI: [10.1177/0269215509360751](https://doi.org/10.1177/0269215509360751)

Urbaneto, J., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, B., Gustavo, A., Bittencourt, H.”...”, Farina, V. (2013). Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (3), 569-575. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>

Vale R., Barreto A., Novaes J., & Dantas E. (2006). Efeitos do treinamento resistido na força máxima, na flexibilidade e na autonomia funcional de mulheres idosas. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 2006;8(4):52-58. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/viewFile/3922/16756>

Vaz da Costa, L., Sousa, N., Alves A., Brito e Alves, F., Araújo, R., & Nogueira, M. (2015). Análise comparativa da qualidade de vida, equilíbrio e força muscular em idosos praticantes de exercício físico e sedentários. *Revista Faculdade Montes Belos (FMB)*, v.8, n.º3, 2015, p (61-179), 2014ISSN18088597. Disponível em: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/190/179>

Vahtrik, D., Ereline, J., Gapeyeva, H., & Paasuke, M. (2014). Postural stability in relation to anthropometric and functional characteristics in women with knee

osteoarthritis following total knee asthroplasty. *Arch Orthop Trauma Surg.* 134. 685.

DOI 10.1007/s00402-014-1940-9 D isponível em:

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24525797

Veerbeek, J.,M., Wegen, E., Peppen, R., Van der Wees, P.J., Hendriks, E., Rietberg, M., & Kwakkel, G. (2014). What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9 (2): e87987. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087987>

Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., “...” & Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos* (2a). Lisboa.

Verma R, Arya, K., Sharma, P., Gag, R. (2010). Understanding gait control in post-stroke: Implications for management. *Journal of Bodywork & Movement Therapies.* 2010; 20:1-8. PMID:2219642DOI:[10.1016/j.jbmt.2010.12.005](https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2010.12.005)

Vermeulen, J., Neyens, J. C., Rossum, E., Spreeuwenberg, M. D., & Witte, L. P. (2011). Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 11, 33. doi: 10.1186/1471-2318-11-33

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diárias. In Marques-Vieira & Sousa (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.* 1(1). 351-363. Loures: Lusodidacta.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento.* Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Vítor, A., Lopes, M.,& Araújo, T. (2010). Teoria do deficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(3), 611–616. DOI: 10.1590/s1414-8145201000030002

Wang, H., Long, H., Yuan, H., Duan, Q., Hui, N., Wang, H., “...” & Mou, X. (2017). Effect of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation combining task-oriented training on upper limb motor function recovery after stroke. *Chinese Journal*

Of Contemporary Neurology & Neurosurgery, 17(4), 254-260. doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2017.04.004

Zhang, Y., & Jordan, J. (2010). Epidemiology of osteoarthritis. *Clinics Geriatric Medicine, National Library of Medicine of the USA*, 26(3), 355-369. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20699159>

Zimmerman, E., Woolf, S., & Haley, A. (2014). Understanding the Relationship Between Education and Health. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville,MD. Disponível em:

<https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/population-health/zimmerman.html>

Sites consultados:

Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (s.d) Disponível em <http://www.spc.pt/spc/>

Fundação Portuguesa de Cardiologia (s.d) Disponível em www.fpcardiologia.pt/

Sociedade Portuguesa de hipertensão (s.d) Disponível em www.sphta.org.pt/

Instituto Nacional de Estatística (s.d) Disponível em <https://www.ine.pt>

World Federation of Neurology (World Federation of Neurology. Disponível em: <https://www.wfneurology.org>

Sistema Nacional de Saude (s.d)Disponível em:

ANEXOS

Anexo I – Escala NIHSS

[illegible]

Anexo II – Escala MMSH

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:
Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATÃO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

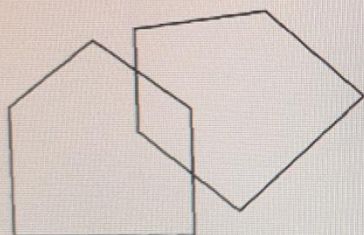
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo III - Escala Visual Analógica de Dor



Anexo IV - Escala de Lower

Força	Descrição
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência.
4/5	Raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra gravidade.
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade.
2/5	Movimento das extremidades mas não contra a gravidade.
1/5	Contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Anexo V - Escala de Equilíbrio de Berg

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____
2. Ficar em pé sem apoio _____
3. Sentado sem apoio _____
4. Da posição de pé para a posição de sentado _____
5. Transferências _____
6. Ficar em pé com os olhos fechados _____
7. Ficar em pé com os pés juntos _____
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____
9. Apanhar um objeto do chão _____
10. Virar-se para olhar para trás _____
11. Dar uma volta de 360 graus _____
12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____
14. Ficar em pé sobre uma perna _____
- TOTAL _____

Anexo VI - Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Anexo VII - Escala de Queda de Morse

<i>Morse Fall Scale</i> Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Anexo VIII - Parecer e autorização para realização do estudo

1) Para Dr.ª Maria Ivone Rodrigues e José Chora
reunir os pareceres sobre a execução do projeto
do projeto
2) Para Comissão Ética reunir parecer

10.09.2018

José Chora
Enfermeiro Diretor

Ao Conselho de Administração do
Hospital do Espírito Santo de Évora

Assunto: Pedido de autorização para implementação de Projeto profissional na Unidade de
AVCs e Serviço de Ortopedia, HESE-EPE

Fátima Maria Pereira Conceição Cano, Enfermeira estudante do curso de mestrado em
enfermagem área de reabilitação, venho por este meio solicitar autorização para a
implementação do projeto de intervenção profissional "Capacitar a pessoa com défice na
mobilidade: transferir-se. Contributos da Enfermagem de Reabilitação" na UAVC e no Serviço
de Ortopedia no período compreendido entre 17 de Setembro de 2018 a 13 de Janeiro de
2019.

Este projeto surge no âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação
na vertente de Especialização em Enfermagem de Reabilitação a decorrer no Instituto
Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Em anexo encontra-se o formulário preenchido para pedido de parecer à Comissão de Ética do
HESE,EPE.

Évora, 03 de Setembro de 2018

A proponente

Fátima Maria Pereira Conceição Cano

Fátima Maria Pereira Conceição Cano

HESE-EPE

RECEBIDO: {Em 05/09/18
Nº 1822
RESPONDIDO: {Em
Nº

APENDICES

APÊNDICE I. Consentimento Informado, livre e esclarecido

Título do Estudo: Capacitar o autocuidado transferir-se na pessoa com défice de mobilidade

Enquadramento: Trabalho de projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem, em Associação, Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora. Tem como objetivo a elaboração e aplicação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação dirigido a pessoas com défice de mobilidade, mais especificamente dirigido à mobilidade e às transferências. Contempla intervenções de enfermagem desde o período da admissão até à alta. Pretende-se capacitar o autocuidado transferir-se nas pessoas com défice de mobilidade após a implementação do mesmo.

Benefícios: Pretende-se colaborar para um melhor conhecimento científico sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de doentes que apresentem a referida disfunção. Desta forma, a sua colaboração é fundamental. As informações recolhidas serão efetuadas através da aplicação de escalas de avaliação validadas para a população portuguesa, almejando documentar a sua evolução clínica ao ser submetido a este programa.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos serão estritamente confidenciais e usados unicamente para este fim, todos os dados serão codificados não havendo identificação de nenhum participante. O participante pode abandonar o estudo, caso seja a sua vontade não sofrendo qualquer consequência.

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e aceito participar. Foi garantido que a minha participação tem um carácter voluntário, podendo desistir a qualquer momento.

Permito deste modo a utilização dos dados obtidos, confiando que as informações obtidas são estritamente confidenciais e todos os dados serão codificados e apenas utilizados para este fim.

Assinatura _____

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade)

Grau _____ de _____ relação _____ com _____ o _____ participante:

Assinatura _____

Évora, ____ de _____ de 2018

Agradeço a sua colaboração.
Investigador: Fátima Cano

Contactos: 965479037/ cano.fatima@gmail.com

APÊNDICE II – Projeto de intervenção profissional

PROJETO DE ESTÁGIO NO ÂMBITO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RESUMO

O presente projeto pressupõe uma intervenção centrada num problema real e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010). A metodologia de projeto constitui uma ligação entre teoria e a prática, na medida em que a procura e aquisição do melhor conhecimento teórico disponível para solucionar um problema identificado, produz investigação, e logo, proporciona uma resposta adequada ao preconizado nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Nunes, Ruivo& Ferrito, 2010). Os projetos são peças fundamentais para o desenvolvimento e mudança do futuro, ainda mais se se pensar que a sociedade atual está em constante evolução, que o passado se projeta no futuro e que a evolução se faz pela capacidade de simulação e de imaginação da própria pessoa nos seus projetos. A metodologia de projeto aproxima-se bastante da investigação-ação, na medida em que não é apenas sustentado pela determinação de um problema, mas sim pela tentativa de intervenção no campo de investigação com o fim de promover uma resolução eficaz para o problema detetado, melhorando a realidade.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pertence a um grupo de afeções caracterizado por perda súbita, não convulsiva, da função neurológica, devido a isquemia encefálica ou hemorragia intracraniana. É considerado a maior causa das doenças crónicas não transmissíveis sendo um problema major de saúde pública com crescente impacto quer na sociedade, quer a nível económico. (Santana et al., 2017)

Atualmente o envelhecimento da população mundial é uma realidade verificada no índice de envelhecimento. Tal facto origina uma nova epidemiologia, um novo perfil de morbilidade e mortalidade associado a um aumento significativo da prevalência de

doenças crónicas, salientando-se entre elas o AVC (Monteiro et al,2013).O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pertence a um grupo de afeções caracterizado por perda súbita, não convulsiva, da função neurológica, devida a isquemia encefálica ou hemorragia intracraniana. A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010, p. 2) classifica o AVC como “a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos”. Em Portugal assume-se como um grave problema de saúde pública, constituindo a principal causa de morte e de incapacidade nas pessoas com mais idade (DGS, 2003; DGS, 2015). Em 2014 o Instituto Nacional de Estatística contabilizou 11808 óbitos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). É, portanto considerado a maior causa das doenças crónicas não transmissíveis sendo um problema major de saúde pública em crescente impacto quer na sociedade, quer a nível económico. (Santana et al, 2017).

Embora na prevalência das doenças de foro neurológico o AVC esteja muito representado, há em comum com outras entidades clínicas as consequências no desempenho das atividades de vida e por conseguinte na independência das pessoas. Constatamos que concorrem para a perda da independência, distintas situações clínicas que afetam mais ou menos a capacidade para transferir-se, nomeadamente da cama para a cadeira e vice-versa.

Assim, é na fase aguda de um episódio de doença que nos vamos focar pois o défice de mobilidade presente desde o início da doença tem repercussões na independência da vida diária que se prolongam para além do internamento hospitalar.

O enquadramento apresentado mostra as razões para que a ação dos profissionais de saúde seja crucial em particular a dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que partindo de uma avaliação global, fazem diagnósticos e prescrevem adequadas intervenções terapêuticas de modo a contribuírem para a recuperação e melhoria da qualidade de vida, das pessoas (Laires, Gouveia, & Branco, 2010).

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011), o termo AVD (Atividades de vida diária) é definido como um: conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos: cuidado pessoal ou atividades básicas de vida diárias (ABVD), e atividades

domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As AVD fazem parte do quotidiano do indivíduo, sendo atividades de autocuidado que satisfazem as necessidades e exigências de vida do indivíduo no seu dia-a-dia. “O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que a sua execução está diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui para auto cuidar-se” (Lessmann et al., 2011, p.199). O treino das AVD é fundamental nos programas de reabilitação, tendo como objetivo principal proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de independência funcional possível (OE, 2011a). Tal facto, faz-nos apostar no treino da mobilidade concretamente das transferências da cama-cadeira-cama já que estamos localizados em contextos de internamento hospitalar, na fase aguda da doença. O treino realizado tem influência no desempenho das AVDs.

Com este projeto, pretendemos capacitar a pessoa na sua mobilidade concretamente na transferência recorrendo a um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com défice de mobilidade. Para a sua realização foi efetuada uma revisão da literatura com palavras-chave presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). As intervenções definidas são direcionadas para a capacitação da pessoa de forma a contrariar os feitos negativos advindos da doença promovendo a sua autonomia.

O presente projeto de atividade profissional insere-se no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, área de especialização de enfermagem de reabilitação. A unidade curricular “Estágio final” será onde se implementará o projeto de intervenção. A instituição escolhida é o Hospital do Espírito Santo de Évora E. P.E, sendo os serviços eleitos para a implementação deste projeto, a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) e o Serviço de ortopedia.

PLANO

O Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), EPE é um hospital público que integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS), abrange toda a região Alentejo e mais propriamente o Distrito de Évora. O seu principal objetivo é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil. Assim, procura garantir padrões

elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização, promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

O contexto da prática de cuidados onde o Estágio Final irá decorrer é a UAVC e Serviço de Ortopedia do hospital atrás mencionado. Nestes serviços a população internada é na grande maioria idosa, com alterações da mobilidade quer por doença neurológica ou não. Capacitar a pessoa para ultrapassar as dificuldades que os défices de mobilidade lhe determinam torna-se numa condição para promoção do aumento da autonomia.

POPULAÇÃO ALVO

Serão incluídas neste estudo as pessoas internadas nos serviços supracitados durante o período referente ao estágio e que tenham défice de mobilidade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participam no projeto os doentes adultos, que não permaneçam acamados, com força muscular na Escala de Lower \geq a 3, que apresentam ou não alterações no equilíbrio medidas pela Escala de Berg e com dependência moderada nas Atividades de Vida Diárias – AVD (score $>$ 60 no Índice de Barthel). Por se tratar de uma população clinica, importa referir a possibilidade de interrupção do programa de intervenção sempre que alterações da condição clinica o justifiquem por impedimento aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

OBJETIVOS

- Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa com défices de mobilidade;
- Identificar e diagnosticar os défices de mobilidade que condicionam a transferência leito – cadeira, cadeira-leito
- Capacitar a pessoa para a independência, que sofreu doença/ episódio agudo, com défice na mobilidade,

- Estabelecer uma plano de intervenção de enfermagem de reabilitação para capacitar a pessoa com défice e restrição da atividade condicionando e encaminhar a pessoa/cuidador informal na continuidade de cuidados.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do projeto de estágio, tornou-se pertinente selecionar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes de forma a enquadrar a pertinência da problemática selecionada. No âmbito da perspetiva holística e científica de enfermagem, o modelo teórico de enfermagem que melhor se enquadra e que melhor justifica a pertinência da temática trata-se da Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDACE) de Dorothea Orem, sendo esta a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um défice na sua ação de autocuidado.

O estudo insere-se na metodologia de uma investigação-ação participativa, de forma a investigar a praxis no local onde ocorre e com os seus protagonistas, tendo como base características específicas, sem o objetivo de generalizações, mas procurando a transformação social (Martins, 2013). O processo decorre numa dialética capaz de introduzir ações corretivas, com oportunidade de continuidade do processo pela equipa de enfermagem.

Para garantir o direito à confidencialidade, anonimato e à autodeterminação, cada participante terá acesso às informações e objetivos referentes ao projeto de intervenção, para a obtenção do consentimento à sua participação. A segurança dos participantes tem como base o respeito pelos princípios éticos, pelo que a concretização e a legalidade deste projeto necessitou da elaboração de pedidos de autorização ao Conselho de Administração da unidade hospitalar que acolhe o Estágio Final, assim como pedidos formais às chefias dos serviços. Foi elaborado o requerimento para pedido de avaliação do projeto à Comissão de Ética, Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora, assim como à Comissão de Ética para a Saúde da Instituição acolhedora.

ESTRATÉGIAS

A avaliação inicial dos doentes direcionada para os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, acontece na primeira abordagem e inclui: variável de caracterização individual, história clínica atual e pregressa, avaliação neurológica e funcional e as escalas para determinação dos fatores de risco intrínsecos: força muscular (Escala Muscular de Lower), equilíbrio (Escala de Berg), independência das AVD (Índice de Barthel), Mini Mental State (teste de rastreio de déficit cognitivo/ demência) e dor (Escala numérica). Após a realização de uma avaliação primordial, estrutura-se o programa de enfermagem de reabilitação onde são identificados os diagnósticos, tendo em conta as suas necessidades.

O programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a implementar consiste em realizar exercícios de reeducação funcional motora e treino de AVD's, por forma a se aumentar a mobilidade sendo necessário identificar e definir os diagnósticos de enfermagem alvos do plano de intervenção.

A implementação do plano de intervenção específico a cada participante, previsivelmente durante 3 dias. O plano de intervenção é composto por: (1) Sessões diárias de treino de equilíbrio e coordenação; (2) Exercícios diários de fortalecimento muscular, com recurso a exercícios isométricos e isotónicos nos membros inferiores, superiores, tronco e pélvis; (3) treino das AVD's com ênfase do auto-cuidado, transferir-se.

Estrategicamente o processo decorre por etapas em que a última será a avaliação dos resultados obtidos ao 3º dia de intervenção, com recurso aos instrumentos e escalas de avaliação inicial.

RECURSOS

Para a concretização deste projeto é necessário a aplicação de um plano de reabilitação em cada participante. Serão utilizados equipamentos não perecíveis como halteres, faixas elásticas, bola terapêutica, auxiliares de marcha e ajudas técnicas.

AValiação E CONTROLO

Após a delimitação de objetivos e a execução na prática das intervenções definidas, é necessária a sua avaliação, com o intuito de se verificar se os objetivos

foram ou não alcançados. É basilar o uso de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, uma vez que permitem avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida). (OE, 2011) A avaliação dos diferentes diagnósticos de enfermagem será em recurso às respetivas escalas e por observação direta.

Programa de intervenção: procedimentos

Depois de selecionadas as pessoas que preenchem os critérios de inclusão deve fazer uma avaliação inicial global. Organizar o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação motivando o doente e cuidador informal para o seu envolvimento. Aplicar o programa de treino durante 3 dias no fim dos quais se procede a uma avaliação mais específica. Ajustar o programa e treinar. Na alta da unidade fazer avaliação final e orientar para a continuidade de cuidados.

RESULTADOS

Todos os dados recolhidos serão sujeitos a análise de natureza descritiva.

CRONOGRAMA

Fases	Atividades	Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro		
Fase 1	Revisão da literatura															
	Desenho do plano de intervenção no estágio															
	Seleção de instrumentos de avaliação															
	Criação de base															

Portugal. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas - Programa Nacional Contra as Doenças reumáticas. Disponível em:

http://pns.dgs.log.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf

Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. (2011). Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke. *Rev Bras Enferm*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf>

Martins, M. (2013). *Investigação-Ação Participativa em Saúde: Revisão Integrativa da Literatura em Língua Portuguesa* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27076&code=480>

Monteiro, R., Laurentino, G., Melo, P., Cabral, D., Correa, J., & Teixeira-Salmela,

L. (2013). Fear of falling and the relationship with the measure of functional

independence and quality of life in post-Cerebral Vascular Accident (Stroke)

victims. *Cien Saude Colet*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/17.pdf>

Nunes, L., Ruivo, M., & Ferrito (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Setubal: Revista Percursos, 15. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 (18-02-2011). Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Santana, M.Chun, R. (2017). Linguagem e funcionalidade de adultos pósAcidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Brasil. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n1/2317-1782-codas-2317-178220172015284.pdf>

Serviço Nacional de Saúde (2017). Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-espirito-santo-epe-evora/>

